

A intervenção social na dependência
A perspetiva dos profissionais ao nível da
Street-level bureaucracy

Estudo exploratório

Cláudia Sofia da Cruz Simões

Orientador: Prof. Doutora Carla Cristina Graça Pinto

Dissertação para obtenção de grau de Mestre
em Política Social

Lisboa
2019

WWW.ISCSP.U LISBOA.PT

A intervenção social na dependência A perspetiva dos profissionais ao nível da Street-level bureaucracy

Cláudia Sofia da Cruz Simões

Orientador: Prof. Doutora Carla Cristina Graça Pinto

Dissertação para obtenção de grau de Mestre
em Política Social

Júri:

Presidente:

- Doutor Fernando Humberto Santos Serra, Professor Associado do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas na Universidade de Lisboa.

Vogais:

- Doutora Carla Cristina Graça Pinto, Professora Associada do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas na Universidade de Lisboa, na qualidade de orientadora;
- Doutora Ana Cláudia Gaspar Esgaio, Professora Auxiliar Convidada do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas na Universidade de Lisboa.

Lisboa
2019

RESUMO

A dependência tem sido objeto de diferentes medidas de política pública que com frequência se materializa na vida dos cidadãos através da intervenção de profissionais que estão em serviços de atendimento de ação social. Esses serviços podem ser considerados burocracias de nível de rua e estes profissionais burocratas de nível de rua ou *Street-Level Bureaucrats*.

Com o objetivo de analisar a perspetiva destes profissionais relativamente à intervenção junto de pessoas em situação de dependência, desenhou-se um estudo qualitativo, utilizando uma amostra não probabilística. Foram realizadas entrevistas a 13 profissionais que realizam atendimento na cidade de Lisboa, tendo sido identificadas categorias de análise quanto à intervenção que realizam, aos constrangimentos/limitações e vantagens/benefícios que identificam na política social para a dependência, o seu posicionamento (*state-agent/citizen-agent*) e as estratégias de que se socorrem para lidar com situações de conflito/dilema entre o que é o melhor interesse do cidadão a orientação da organização em que trabalham.

Palavras-chave: Dependência, *Street-Level Bureaucrats*, Política Social, Política Pública.

ABSTRACT

Dependency has been object of several public policies that often reaches citizens through frontline professionals who work in social services. These public social services can be considered street-level bureaucracies and these frontline professionals can be considered street-level bureaucrats.

With the purpose of investigating street-level bureaucrats working with people in dependency, we have drawn a qualitative study, using a non-probabilistic sample. Thirteen professionals who work dependency in frontline public social services have been interviewed to study their perspective on practices, constraints/limitations and advantages/benefits of social policy, state-agent/citizen-agent approach and dealing with intervention dilemmas and organization conflicts.

Key-words: Dependency, Street-Level Bureaucrats, Social Policy, Public Policy.

AGRADECIMENTOS

São muitas as pessoas a quem muito devo pelo apoio, incentivo, paciência, ânimo, generosidade e sabedoria.

À Professora Doutora Carla Pinto expresso verdadeiro reconhecimento pelo seu otimismo contagiante, pelo seu incentivo constante, pela sua capacidade de me salvar das minhas angústias durante este percurso. Em muitos momentos foi bastante mais do que uma excelente orientadora e estou-lhe verdadeiramente grata.

Aos profissionais de atendimento de ação social que aceitaram participar neste estudo. Deram-me a sua confiança, partilhando aspetos muito delicados do que fazem e do que sentem. Apesar de lhes ter agradecido pessoalmente, sinto que é difícil expressar o quanto lhes devo porque sem eles não teria sido possível.

Às pessoas com quem trabalho, profissionais e utentes. Aos colegas agradeço pelo muito que me ajudaram neste processo, por aprender convosco todos os dias e pelo orgulho que sinto em fazer parte da vossa equipa. Aos utentes com quem me cruzo porque são as suas biografias que me desafiam a constantemente querer saber mais e fazer melhor.

À minha amiga Regina, pelo papel fundamental que desempenhou na concretização deste estudo e que ela bem sabe qual é.

A todos os meus amigos, que longe ou perto, foram fonte de alento e inspiração. Cada um de vós sabe que vos guardo naquele lugar que é só nosso.

A toda a minha família, em especial aos meus pais, aos meus irmãos, aos meus sobrinhos Maria Clara e Manuel e aos meus afilhados Lisa e Tomás. Mesmo nos dias mais difíceis, nunca deixo de saber o quão afortunada sou por vos ter.

A ti, com quem vivo o presente e construo o futuro.

ÍNDICE

RESUMO	III
ABSTRACT.....	IV
AGRADECIMENTOS.....	V
ÍNDICE.....	VI
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	VII
ÍNDICE DE TABELAS	VII
LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS.....	VIII
INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO I: A DEPENDÊNCIA E AS POLÍTICAS SOCIAIS PARA A DEPENDÊNCIA.....	14
1. Dependência.....	15
1.1. Definição.....	15
1.2. As tipologias/ níveis de dependência.....	16
1.3. As Atividades de Vida Diária.....	17
1.4. Deficiência, incapacidade e funcionalidade.....	18
1.4.1. Deficiência.....	18
1.4.2. Incapacidade.....	19
1.4.3. Funcionalidade.....	19
1.5. N.º de pessoas em situação de dependência em Portugal.....	20
2. Políticas sociais para a dependência.....	21
2.1. As respostas sociais para a dependência.....	22
2.2. As prestações pecuniárias.....	24
2.3. A Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados.....	25
2.4. A Família.....	30

CAPÍTULO II: POLÍTICA SOCIAL, POLÍTICAS PÚBLICAS E OS <i>STREET-LEVEL BUREAUCRATS</i>.....	32
1. Política Social.....	33
2. Políticas Públicas.....	33
2.1. A implementação das políticas públicas.....	35
2.2. Os <i>Street-Level Bureaucrats</i>	38
2.3. O atendimento de ação social como burocracia de nível de rua.....	41
CAPÍTULO III – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO.....	43
1. Pergunta de partida e objetivos do estudo.....	44
2. Opções Metodológicas.....	46
2.1. Tipo de estudo.....	46
2.2. Universo de Estudo.....	47
2.3. Amostra.....	47
2.4. Recolha e tratamento de dados.....	48
CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	54
1. Apresentação dos resultados.....	55
1.1. Caracterização sociodemográfica.....	55
1.2. Formação sobre dependência.....	55
1.3. A intervenção junto de pessoas em situação de dependência no decurso da atividade de atendimento de ação social.....	56
1.4. Constrangimentos e limitações das políticas sociais para a dependência.....	58
1.5. Vantagens e benefícios das políticas sociais para a dependência.....	64
1.6. A Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados.....	65
1.7. Posicionamento state-agent/ citizen-agent.....	68
1.8. Os conflitos entre o interesse da organização e os interesses das pessoas em situação de dependência.....	70
2. Discussão dos resultados.....	73
CONCLUSÃO.....	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83
APÊNDICES	92

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela n.º 1 – Quadro síntese das respostas do Instituto da Segurança Social, IP para a dependência.....	22
Tabela n.º 2 – Tipologias da RNCCI em funcionamento no final do 1.º semestre de 2018.....	27
Tabela n.º 3 – Quadro síntese do N.º total de lugares na RNCCI (final do 1.º semestre de 2018).....	29
Tabela n.º 4 – Quadro síntese da demora média para vaga na RNCCI (final do 1.º semestre de 2017 e 2018).....	30

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n.º1 – Evolução entre 2013 e 2017 do n.º de beneficiários de subsídio de 3.ª pessoa, n.º de beneficiários de bonificação por deficiência da SS e n.º de beneficiários do abono de família para crianças e jovens da SS.....	24
Gráfico N.º2 – Evolução entre 2018 e 2017 do n.º de pensionistas do Centro Nacional de Pensões e do n.º de pensionistas com CD.....	25

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

AAVD	Atividades Avançadas de Vida Diária
ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, IP
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVD	Atividades de Vida Diária
B-on	Biblioteca do Conhecimento <i>online</i>
CD	Complemento por Dependência
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
CPI	Cuidados Pediátricos Integrados
DGSS	Direção-Geral da Segurança Social
EAD	Equipa de Apoio Domiciliário
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados e Integrados
ERPI	Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
GEP	Gabinete de Estratégia e Planeamento
INE	Instituto Nacional de Estatística, IP
INS	Inquérito Nacional de Saúde
ISS,IP	Instituto da Segurança Social, Instituto Público
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
ISCSP	Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas
JSTOR	<i>Journal Storage</i>
MTSS	Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAI	Plano Nacional para a Inclusão
RA	Residência Autónoma

RCAAP	Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal
RAMa	Residência de Apoio Máximo Adultos
RAMo	Residência de Apoio Moderado
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RTA	Residência de Treino de Autonomia
SAD	Serviço de Apoio Domiciliário
SciELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SLB	<i>Street-Level Bureaucrats</i>
UAP	Unidade de Ambulatório Pediátrica
UC	Unidade de Convalescença
UCCI	Unidade de Cuidados Continuados e Integrados
UCIP	Unidade de Internamento Pediátrico
ULDm	Unidade de Longa Duração e Manutenção
UMDR	Unidade de Média Duração e Reabilitação
UPIAS	<i>Union of the Physically Impaired Against Segregation</i>
USO	Unidade Sócio-Ocupacional
WHO	<i>World Health Organization</i>

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

A dependência desde muito cedo se desenhava como o tema de interesse mas foi ao longo do tempo, das leituras, conversas e pesquisas que os contornos do que seria o objeto da presente investigação se viriam a definir.

A dependência relaciona-se com a capacidade de realização das atividades de vida diária mas, como tema, permite uma multiplicidade de abordagens: do ponto de vista das pessoas em situação de dependência, na perspectiva de quem cuida, nos serviços que são organizados, nas estruturas criadas, apenas para elencar algumas.

O tema presta-se também a análises do ponto de vista da política pública e da política social. A questão da dependência e mais especificamente a proteção das pessoas em situação de dependência tem vindo a ser alvo de um conjunto de políticas por parte do Estado Português.

Este processo de definição de políticas sociais conheceu uma expansão sobretudo a partir dos anos 80, e para a qual contribuiu também uma cooperação crescente entre o Estado, organizações não-governamentais, autarquias e representantes da sociedade civil (Joël et al., 2010).

Interessou-nos explorar as questões de implementação das políticas sociais para a dependência ao nível dos profissionais que estão em serviços de *frontline* - e mais especificamente dos profissionais que realizam atendimento de ação social em serviços públicos. Estes profissionais, burocratas de nível de rua, são frequentemente o primeiro ponto de contacto dos cidadãos com a política social para a dependência. Na presente dissertação, optou-se por manter a designação de Michael Lipsky sempre que nos referimos a estes profissionais: *Street-Level Bureaucrats* (SLB).

É neste contexto que é elaborado o presente estudo: “A intervenção social na dependência - A perspectiva dos profissionais ao nível da *Street-level bureaucracy*”, inserido no âmbito do plano curricular do Mestrado em Política Social do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (ISCSP) – Universidade de Lisboa, com enfoque estratégico de investigação em Política Social e *governance* do bem-estar social.

A pergunta que orientou investigação tanto do ponto de vista teórico como empírico foi: **“Qual a atuação dos *Street-Level Bureaucrats* na implementação das políticas sociais de proteção às pessoas com dependência?”**

Este trabalho estruturou-se então em torno de um objetivo geral e de objetivos específicos. Como objetivo geral procurou conhecer-se a implementação das políticas sociais de proteção às pessoas com dependência pelos profissionais de atendimento de ação social (*Street-Level Bureaucrats*) da cidade de Lisboa, para o qual contribuíram objetivos específicos que se encontram explicitados na metodologia.

A presente dissertação encontra-se estruturada em quatro capítulos. Os primeiros dois capítulos correspondem ao enquadramento teórico e conceptual. No primeiro capítulo define-se o conceito de dependência e abordam-se as medidas de proteção para as situações de dependência.

O segundo capítulo apresenta os contributos teóricos que ancoraram a pesquisa empírica ao nível da política social, das políticas públicas e da sua implementação ao nível dos *Street-Level Bureaucrats*.

No Capítulo III descrevemos as opções metodológicas que presidiram ao trabalho empírico e no último capítulo, o Capítulo IV apresentamos e discutimos os resultados obtidos.

Nas conclusões, para além de elencar os principais resultados da investigação, partilhamos reflexões éticas sobre um estudo desta natureza. São também apontadas limitações do estudo e levantadas algumas questões que podem sugerir investigações posteriores.

Aqui deixamos também a indicação de que todas as traduções no corpo do texto são da nossa responsabilidade e que deste trabalho faz também parte um documento autónomo de apêndices.

CAPÍTULO I: A DEPENDÊNCIA E AS POLÍTICAS SOCIAIS PARA A DEPENDÊNCIA

CAPÍTULO I – A DEPENDÊNCIA E AS POLÍTICAS SOCIAIS PARA A DEPENDÊNCIA

Para este estudo importa definir o conceito de dependência e descrever as medidas de política neste domínio.

1. A dependência

1.1 Definição

Neste estudo a definição de dependência é a que vem plasmada no Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho:

“situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária” (art.º 3.º).

Próxima da definição deste diploma, está também a definição do Instituto da Segurança Social, IP para efeitos da atribuição do Complemento por Dependência:

“Estão em situação de dependência os pensionistas que não têm autonomia para satisfazer as necessidades básicas da vida quotidiana e que precisam da assistência de outra pessoa para realizar as tarefas domésticas, para fazer a sua higiene pessoal e para se deslocarem” (ISS, IP, 2019:5).

Estas duas definições têm duas dimensões fundamentais:

- As atividades de vida diária (AVD);
- Ser necessário de apoio de uma outra pessoa.

O Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho elenca que situação de dependência pode surgir por falta ou perda de autonomia:

- Física;

-Psíquica;

-Intelectual.

Este conceito é o que está subjacente a diferentes medidas de política pública para a dependência (MTSS & GEP, 2009), que nos normativos e documentos que as instituem podem apresentar ligeiras variações na sua redação, mas integrando sempre a questão das AVD e da necessidade do apoio de uma terceira pessoa para as realizar.

Alertamos para o facto de os conceitos poderem ser usados com diferentes sentidos. Deixamos como breve nota que uma das distinções entre autonomia e independência mais citada é a da Organização Mundial de Saúde, que define (WHO, 2002):

-Autonomia como a capacidade percebida para lidar, controlar e tomar decisões no quotidiano e de acordo com regras e preferências sociais;

-Independência pode definir-se como a capacidade de realizar funções relacionadas com a vida diária, possibilitando ao indivíduo viver na comunidade sem ajuda ou com ajuda parcial de outros.

Nos documentos nacionais, todavia, e sobretudo nos que enquadram medidas de política dirigidas à dependência, “autonomia” muitas vezes surge com o sentido da capacidade para realizar atividades de vida diária.

1.2. As tipologias/ níveis da dependência

A dependência pode ter diferentes tipologias/ graus. A título de exemplo, apresentamos uma classificação que consta numa das publicações da Carta Social (MTSS & GEP, 2009):

- Autónomo – Capaz de realizar sem apoios de terceiros as atividades de vida diária.

- Parcialmente dependente – Necessita de apoio de terceiros para cuidados de higiene pessoal e/ou deslocação.

- Dependente – Não consegue praticar os atos indispensáveis à satisfação de necessidades básicas da vida quotidiana: atos relativos à alimentação, locomoção e/ou cuidados de higiene pessoal.

- Grande dependente – Acumulam as situações de dependência que caracterizam os dependentes e encontram-se acamados ou apresentam quadros de demência grave.

Há outras categorizações dos níveis de dependência, incluindo mais ou menos desdobramentos (por exemplo, o Complemento por dependência, de que falaremos mais adiante, considera e define dois graus de dependência), mas a proposta acima apresentada sintetiza a maioria das restantes.

1.3. As Atividades de Vida Diária

Importa fazer um enquadramento sobre as AVD. As AVD podem genericamente traduzir-se em atividades do dia-a-dia, a um conjunto de tarefas comuns à maioria das pessoas e nalguns casos imprescindíveis. Há autores que fazem uma categorização das AVD. Por exemplo, Araújo et Al. (2007) propõe:

- Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD): atividades como a pessoa ser capaz de se lavar, vestir-se, usar sanitários, transferir-se de posição, controlar os esfíncteres e comer.

- Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD): atividades de interação com o meio ambiente como cozinhar, fazer compras, usar o telefone, auto administração de medicação, gerir o próprio dinheiro e realizar tarefas domésticas.

Há um conjunto de medidas de políticas públicas para a dependência que, como veremos mais à frente, estão ancoradas nas ABDV e AIVD. E, também, ao nível dos SLB, a avaliação que fazem da autonomia das pessoas na realização as ABVD e as AIVD é um parâmetro fundamental para tomada de decisão na intervenção.

Outros autores (Imagínario et al., 2017) falam ainda de Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD), atividades mais complexas, que se relacionam com a participação em atividades de lazer, sociais e produtivas. A AAVD geram ainda pouca preocupação quer

no desenho das políticas para a dependência quer junto dos sistemas interventores/prestadores de apoio (Dias, et al., 2014).

1.4. Deficiência, incapacidade e funcionalidade

Deficiência e incapacidade são conceitos que muitas vezes surgem associados (ou misturados) com o de dependência. Apenas para clarificação conceptual do uso do conceito de dependência, conceito central na presente investigação, fazemos referência a estes conceitos.

1.4.1. Deficiência

O conceito de deficiência é um conceito em evolução (Pinto, 2018) e se inicialmente a definição tinha subjacente um modelo essencialmente individual/ médico, em que a deficiência se relaciona diretamente com as configurações do corpo, sobretudo desde 1974, com o surgimento da *Union of the Physically Impaired Against Segregation* (UPIAS), emerge o modelo social da deficiência, em que a deficiência tem de ser entendida na interação entre o indivíduo e o seu meio ambiente, e a intervenção tem de ser na sociedade e não apenas no indivíduo (Fontes, 2009; Martins, 2016,).

Mais recentemente, tem-se assistido a um progressivo enquadramento da deficiência numa ótica dos direitos humanos (Pinto, 2015) e a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adotada pela Assembleia Geral da ONU a 13 de Dezembro de 2006, aprovada pela Resolução da Assembleia da República n.º 56/2009, de 30/07 e ratificada pelo Decreto do Presidente da República n.º 71/2009, de 30/07, define que:

“As pessoas com deficiência incluem aqueles que têm incapacidades duradouras físicas, mentais, intelectuais ou sensoriais, que em interação com várias barreiras podem impedir a sua plena e efetiva participação na sociedade em condições de igualdade com os outros.”

Algumas medidas de política pública para a deficiência, nos diplomas que a enquadram, apresentam uma definição próxima. A título de exemplo deixamos a definição do diploma legal que institui a Prestação Social de Inclusão:

“Para efeitos do presente decreto-lei considera-se deficiência a perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de funções ou de estruturas do corpo, incluindo as funções psicológicas, causadoras de dificuldades específicas suscetíveis de, em conjugação com os fatores do meio, limitar ou dificultar a atividade e a participação na sociedade em condições de igualdade com as demais pessoas” (Lei n.º 38/2004, de 18 de agosto).

1.4.2 Incapacidade

Incapacidade é também um conceito que surge com várias definições e muitas vezes associado à deficiência e à dependência. Nas medidas de proteção social, a incapacidade surge sobretudo associada à proteção na doença. Por exemplo, no Inquérito Nacional de Saúde (INS) a incapacidade é definida como a redução temporária ou prolongada de atividades de um indivíduo, em resultado de uma afeção aguda ou crónica (INS, 2007).

Já para a OMS “incapacidade é um termo que inclui deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação. Inclui os aspetos negativos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e seus fatores contextuais (ambientais e pessoais)” (OMS, 2004, p.186).

1.4.3. Funcionalidade

A OMS apresenta a definição também a definição de funcionalidade como “um termo genérico ("chapéu") para as funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação. Ele indica os aspetos positivos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os seus fatores contextuais (ambientais e pessoais) ” (OMS, 2004, p.186).

Esta Organização desenvolveu um instrumento, a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), que permite descrever situações relacionadas com a funcionalidade, estruturando a informação de forma integrada e acessível, organizando-a em duas partes:

- Funcionalidade e Incapacidade:

a) Funções do Corpo e Estruturas do Corpo

b) Atividades e Participação

- Fatores Contextuais:

a) Fatores Ambientais

b) Fatores Pessoais

A CIF não faz diagnósticos clínicos, mas sim diagnósticos de funcionalidade. Vários autores (Pereira et al., 2011; Reis et al., 2015; Rosario et al., 2009) apresentam as vantagens deste instrumento na organização e na comunicação da informação entre técnicos, família e serviços. Por essa razão, a CIF tem vindo a ser usada nalgumas medidas de política para a dependência, designadamente na Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados, de que falaremos adiante.

1.5. N.º de pessoas em situação de dependência em Portugal

Não existem dados definitivos e extrapoláveis específicos para Portugal mas, de acordo com os resultados dos Censos 2011 (INE, 2012), 50% da população com 65 anos ou mais e 16% das pessoas com idade entre os 15 e os 64 anos não conseguem realizar uma das AVD. Considerando que as projeções demográficas apontam para um aumento das pessoas com 65 e mais anos (Câmara, 2018), é expectável que o número absoluto de pessoas em situação de dependência (e pelo menos neste grupo etário) tenha tendência a crescer.

2. Políticas sociais para a dependência

As medidas de política para a dependência incluem-se na esfera do Estado-Providência e importa contextualizar alguns aspetos históricos.

Hermano do Carmo apresenta três grandes pilares para a construção do modelo de Estado-Providência (Carmo, 2011):

- O Estado Social que surgiu na Alemanha (décadas de 1870 e 1882) pela mão de Bismark e em resposta a várias pressões: do movimento trabalhista alemão, de grupos académicos e de políticos, que exigiam a intervenção do Estado face às fragilidades económicas e sociais que constrangiam os operários de então;

- O fim I Grande Guerra, culminante com o *crash* bolsista e a Grande Depressão de 1929, nos Estados Unidos, dão origem ao segundo pilar de estruturação do Estado-Providência, que através da política *New Deal*, política de forte intervenção estatal que através de grandes investimentos públicos, combateram o desemprego (gerando poder de compra, com consequente aumento do consumo e revitalização da economia);

- Por fim, o terceiro pilar remonta à Inglaterra do Estado de Bem- Estar. Foi no decorrer da Segunda Guerra Mundial que surge o relatório *Social Insurance and Allied Services*, publicado em 1942 por William Beveridge, que defendia a intervenção do Estado para assegurar proteção às pessoas através de um sistema que preconiza os princípios da universalidade, da unicidade, da uniformidade, e da centralização.

Portugal, seguindo os modelos europeus, aprova a Lei n.º 1884, de 16 de Março de 1935, que espelha o dever do Estado na resolução dos problemas sociais e económicos. Depois desta lei, surgem Planos de Fomento, que traçavam os objetivos de investimento e de intervenção do Estado. Apesar disso, só muito mais tarde, com o Plano Intercalar (1965-1967) surgem preocupações de natureza social (correção dos desequilíbrios regionais e repartição de rendimentos). E ainda assim, as intervenções de natureza social eram incipientes, estando a intervenção centrada sobretudo nas questões económicas.

Apenas com o Estado Democrático (a partir de 1974) se reconhece como função inalienável do Estado Português ser garantia de equidade entre os todos os cidadãos e,

facultando as estruturas basilares para o exercício de uma cidadania plena (Carmo, 2011).

As políticas sociais estão assim em estreita articulação com o reconhecimento de direitos sociais. Mozzicafreddo define direitos sociais como “processos de atribuição de determinadas condições sociais que contribuem para modificação do estatuto social dos indivíduos inseridos num contexto de desigualdades sociais” (Mozzicafreddo, 1997, p.181) e as políticas sociais como os instrumentos da sua concretização.

Também a dependência foi reconhecida como objeto de políticas públicas, sobretudo a partir da década de 90. Das reformas introduzidas, destaca-se o Plano Nacional para a Inclusão Social (PNAI) e a RNCCI. O PNAI (2003-05; 2006-08) teve como grande objetivo o alargamento dos cuidados domiciliários a pessoas com dependência (sobretudo idosos) quer ao nível no número de vagas, serviços disponibilizados e alargamento dos horários de funcionamento (Nascimento, 2015).

2.1. As respostas sociais para a dependência

Relativamente às respostas sociais, o Instituto da Segurança Social, IP identifica três grandes “grupos” de pessoas que podem apresentar situações de dependência: pessoas idosas, pessoas adultas com deficiência e pessoas com doença do foro mental ou psiquiátrico (GEP & MTSS, 2017) e que se apresentam no quadro seguinte:

Tabela n.º 1 – Quadro síntese das respostas do Instituto da Segurança Social, IP para a dependência

População-alvo	Resposta Social	Definição
Pessoas Idosas Pessoas adultas com deficiência	Serviço de Apoio Domiciliário	Resposta social, desenvolvida a partir de um equipamento, que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas e/ou as atividades da vida diária.
Pessoas Idosas	Apoio Domiciliário	Resposta que se concretiza através de um conjunto de ações e cuidados pluridisciplinares, flexíveis,

Pessoas adultas com deficiência	Integrado - ADI	abrangentes, acessíveis e articulados, de apoio social e de saúde, a prestar no domicílio, durante vinte e quatro horas por dia e sete dias por semana.
Pessoas idosas	Centro de Dia	Resposta social, desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sociofamiliar.
Pessoas Idosas	Estrutura Residencial para Pessoas Idosas	Considera-se estrutura residencial para pessoas idosas, o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem.
Pessoas adultas com deficiência	Centro de Atividades Ocupacionais	Resposta social, desenvolvida em equipamento, destinada a desenvolver atividades para jovens e adultos com deficiência grave.
Pessoas adultas com deficiência	Lar residencial	Resposta social, desenvolvida em equipamento, destinada a alojar jovens e adultos com deficiência, que se encontrem impedidos temporária ou definitivamente de residir no seu meio familiar.
Pessoas com doença do foro mental ou psiquiátrico	Forum Sócio-Operacional	Resposta, desenvolvida em equipamento, destinada a pessoas com desvantagem, transitória ou permanente, de origem psíquica, visando a sua reinserção sociofamiliar e ou profissional ou a sua eventual integração em programas de formação ou de emprego protegido.
Pessoas com doença do foro mental ou psiquiátrico	Unidade de Vida Protegida	Resposta, desenvolvida em equipamento, destinada a pessoas adultas com problemática psiquiátrica grave e de evolução crónica clinicamente estável e que necessitam de treino de autonomia.
Pessoas com doença do foro mental ou psiquiátrico	Unidade de Vida Autónoma	Resposta, desenvolvida em equipamento, destinada a pessoas adultas com problemática psiquiátrica grave estabilizada e de evolução crónica, mas com capacidade autonómica, permitindo a sua integração em programas de formação profissional ou em emprego normal ou protegido e sem alternativa residencial satisfatória.
Pessoas com doença do foro mental ou psiquiátrico	Unidade de Vida Apoiada	Resposta, desenvolvida em equipamento, destinada a pessoas adultas que, por limitação mental crónica e fatores sociais graves, alcançaram um grau de desvantagem que não lhes permite organizar, sem apoio, as atividades de vida diária, mas que não necessitam de intervenção médica frequente.

Fonte: Carta Social, elaboração própria

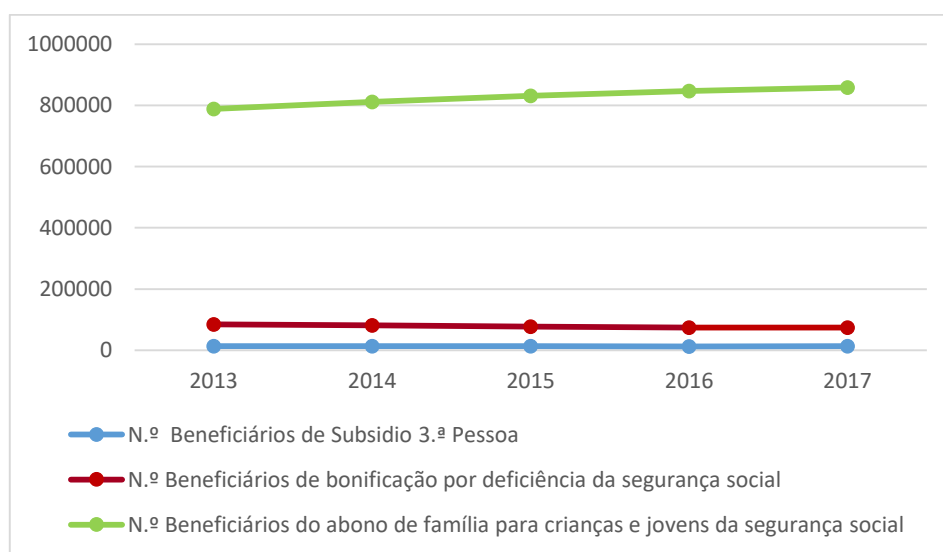
2.2. As prestações pecuniárias

Para além das respostas sociais, também as prestações pecuniárias surgem como medida de apoio à dependência. Nas prestações atribuídas pelo Instituto da Segurança Social,IP identificamos duas prestações:

1 - Subsídio por Assistência de Terceira Pessoa

É uma prestação mensal em dinheiro que se destina a compensar as famílias com descendentes, a receber abono de família com bonificação por deficiência, que estejam em situação de dependência e que necessitem do acompanhamento permanente de 3.ª pessoa (ISS,IP, 2019, p.4).

Gráfico n.º1 – Evolução entre 2013 e 2017 do n.º de beneficiários de subsídio de 3.ª pessoa, n.º de beneficiários de bonificação por deficiência da SS e n.º de beneficiários do abono de família para crianças e jovens da SS



Fonte: INE

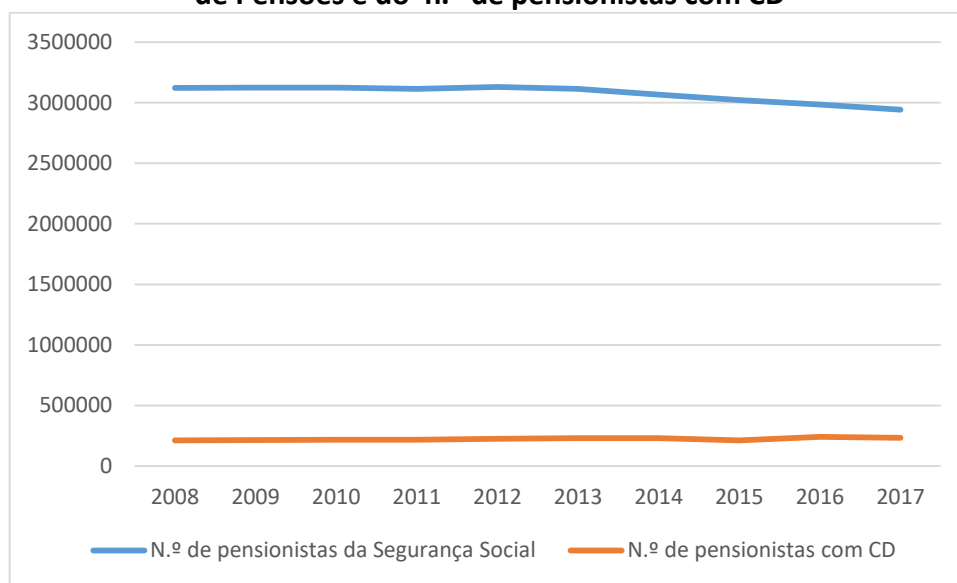
Da leitura do gráfico é possível verificar que, do total de beneficiários de abono de família, menos de 2% tem Subsídio de 3.ª Pessoa. Todavia, quando analisamos o n.º de beneficiários de bonificação por deficiência, no conjunto dos anos apresentados (2013-2017), a proporção de crianças e jovens que acumulam as duas prestações é de cerca de 17%.

2- O Complemento por Dependência

É uma prestação em dinheiro dada aos pensionistas que se encontram numa situação de dependência e que precisam da ajuda de outra pessoa para satisfazer as necessidades básicas da vida quotidiana (porque não conseguem fazer a sua higiene pessoal, alimentarem-se ou deslocarem-se sozinhos) (ISS,IP, 2019a, p.4).

Se se analisar o número de pensionistas com Complemento por Dependência no total de pensionistas nos últimos dez anos disponíveis (2008-2017) verifica-se proporção é em média de 7,3%. Graficamente:

Gráfico N.º2 – Evolução entre 2008 e 2017 do n.º de pensionistas do Centro Nacional de Pensões e do n.º de pensionistas com CD



Fonte: INE

2.3. A Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados

A Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados (RNCCI) procurou dar uma resposta às pessoas que necessitam de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência e com perda de autonomia (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho).

A RNCCI materializa-se na celebração de contratos-programa entre a Segurança Social e as Administrações Regionais de Saúde com as unidades que a integram (UCCI – Unidades de Cuidados Continuados e Integrados), através de um modelo que inclui diferentes prestadores (entidades públicas dotadas de autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial; instituições particulares de solidariedade social e equiparadas, ou que prossigam fins idênticos e entidades privadas com fins lucrativos), disponibilizando respostas diversificadas (ACSS, 2013).

Os princípios da RNCCI assentam na:

“prestação individualizada e humanizada de cuidados; continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede; equidade no acesso e mobilidade entre diferentes tipos de unidades e equipas da Rede; proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade; multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados; avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia; promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia; participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da Rede; participação e corresponsabilização da família e dos cuidadores principais; eficiência e qualidade na prestação dos cuidados” (artigo 6º, Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho).

A RNCCI desde a sua criação tem vindo a sofrer reconfigurações. As mais significativas e mais recentes são:

- Em 2016 iniciam-se experiências piloto em Cuidados Pediátricos Integrados (CPI) com a primeira unidade de internamento e de ambulatório na região Norte (ACSS, 2016);
- Em 2017 os cuidados paliativos deixaram de integrar a RNCCI, passando a estar numa rede própria, a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (ACSS, 2018);

- No final de 2017, a RNCCI inicia experiências piloto na área da saúde mental, procurando responder a necessidades quer de crianças e jovens (entre os 5 e os 18 anos), quer de adulto com doença mental grave (ACSS,2017).

Assim, no final do 1.º semestre de 2018, estavam em funcionamento na RNCCI as seguintes tipologias (ACSS, 2018):

Tabela n.º 2 – Tipologias da RNCCI em funcionamento no final do 1.º semestre de 2018

Rede Adultos Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho	
Tipologia	Descrição
Unidade de Convalescença (UC)	Unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição (se articulada com um hospital), para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento ou descompensação de processo crónico. (artigo 13.º)
Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR)	Unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação, de processo psicológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável. (artigo 15.º)
Unidade de Longa Duração e Reabilitação (ULDM)	Unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidados no domicílio. (artigo 17.º)
Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)	Equipa multidisciplinar da responsabilidade dos serviços de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma. (artigo 27.º)
Cuidados Pediátricos Integrados Portaria n.º 343/2015, de 12 de outubro	
Unidade de Internamento Pediátricas (UCIP)	As unidades de internamento prestam cuidados de saúde e de apoio social, na sequência de episódio de doença aguda ou da necessidade de prevenção de agravamentos de doença crónica, centrados na reabilitação, readaptação, manutenção e cuidados paliativos a crianças

	que se encontram em situação de dependência, com vista à sua reintegração sociofamiliar. (artigo 5.º)
Unidade de ambulatório pediátrica (UAP)	1 - As unidades de ambulatório prestam cuidados continuados integrados de manutenção, de promoção de autonomia e apoio social a crianças com diferentes graus de dependência, sem necessidade de internamento, que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio, ou cuja situação não aconselhe a prestação de cuidados no domicílio (artigo 6.º).
Saúde Mental	
Portaria n.º 149/2011 de 8 de Abril	
Residência Autónoma (RA)	A residência autónoma localiza -se na comunidade e destina -se a pessoas com reduzido grau de incapacidade psicossocial por doença mental grave, clinicamente estabilizadas, sem suporte familiar ou social adequado. (artigo 27.º)
Residência de Apoio Máximo Adultos (RAMa)	A residência de apoio máximo localiza -se na comunidade e destina -se a pessoas com elevado grau de incapacidade psicossocial por doença mental grave, clinicamente estabilizadas sem suporte familiar ou social adequado. (artigo 33.º)
Residência de Apoio Moderado (RAMo)	A residência de apoio moderado localiza -se na comunidade e destina -se a pessoas com moderado grau de incapacidade psicossocial por doença mental grave, clinicamente estabilizadas sem suporte familiar ou social adequado. (artigo 30.º)
Residência de Treino de Autonomia (RTA)	A residência de treino de autonomia localiza -se, preferencialmente, na comunidade e destina -se a pessoas com reduzido ou moderado grau de incapacidade psicossocial por doença mental grave, que se encontram clinicamente estabilizadas e conservam alguma funcionalidade. (artigo 24.º)
Residência de Treino de Autonomia - Tipo A infância e adolescência (RTA/A)	A residência de treino de autonomia é uma unidade residencial, em estrutura modular, localizada preferencialmente na comunidade e destinada a desenvolver programas de reabilitação psicossocial e terapêutica para crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 11 e os 17 anos, com perturbação mental grave (subtipo A) ou perturbação grave do desenvolvimento e estruturação da personalidade (subtipo B) e reduzido ou moderado grau de incapacidade psicossocial, clinicamente estabilizados. (artigo 42.º)
Unidade Sócio Ocupacional (USO)	A unidade sócio -ocupacional localiza -se na comunidade e destina -se a desenvolver programas de reabilitação psicossocial para pessoas com moderado e reduzido grau de incapacidade psicossocial por doença mental grave, estabilizadas clinicamente mas que apresentem incapacidades nas áreas relacional, ocupacional e de integração social. (artigo 36.º)
Unidade Sócio Ocupacional - Infância e Adolescência (USO/IA)	A unidade sócio -ocupacional localiza -se na comunidade e destina -se a desenvolver programas de reabilitação psicossocial para adolescentes dos 13 aos 17 anos, com perturbação mental e ou com perturbação do desenvolvimento e estruturação da personalidade, com reduzido ou moderado grau de incapacidade psicossocial, clinicamente estabilizados. (artigo 48.º)
Equipa de Apoio Domiciliário (EAD)	A equipa de apoio domiciliário destina -se a intervir junto de pessoas com doença mental grave, estabilizadas clinicamente, que necessitem

de programa adaptado ao grau de incapacidade psicossocial, para reabilitação de competências relacionais, de organização pessoal e doméstica e de acesso aos recursos da comunidade, em domicílio próprio, familiar ou equiparado (artigo 39.º).

Fonte: Elaboração própria

A RNCCI é uma medida de política dirigida especificamente para a dependência mas ainda incipiente nas respostas quer ao nível da saúde mental, quer dos cuidados pediátricos integrados, como resulta da leitura do quadro seguinte:

Tabela n.º3 – Quadro síntese do N.º total de lugares na RNCCI (final do 1.º semestre de 2018)

N.º total de lugares na RNCCI (final do 1.º semestre de 2018)	
Lugares domiciliários	
ECCI	5717
EAD	24
Lugares de ambulatório	
USO	55
USO/IA	30
UAP	10
Lugares de internamento	
RA	27
RAMa	48
RAMo	24
RTA	19
RTA/A	18
UC	906
UMDR	2674
ULDm	4764

Fonte: ACSS, 2018. Elaboração própria

O tempo de espera para admissão na RNCCI também é expressivo, embora com variações relativamente à tipologia (as Unidades de Convalescença o com o menor tempo de espera e as ULDM com o maior tempo de espera). A tabela seguinte apresenta os tempos de espera médios a nível nacional no final do 1.º semestre de 2017 e no final

do primeiro semestre de 2018. Para todas as tipologias (com exceção da ULDM), houve um aumento no número de dias de demora.

**Tabela n.º 4 – Quadro síntese da demora média para vaga na RNCCI
(final do 1.º semestre de 2017 e 2018)**

Tipologia	Demora média (em dias)	
	2017	2018
UC	38	41
UMDR	82	88
ULDM	200	198
ECCI	133	136
UCIP	94	102
UAP	128	139

Fonte: ACSS, 2018. Elaboração própria

2.4. A Família

Quando se fala de quem maioritariamente apoia as pessoas em situação de dependência, provavelmente deveríamos ter começado por falar da família.

Em Portugal, a família tem um papel fundamental na proteção dos seus membros dependentes e também o direito de família português reflete esta forma de organização social, responsabilizando os pais pela subsistência dos filhos e vice-versa. No sistema português, as famílias são as primeiras responsáveis pelo bem-estar, proteção, prestação de cuidados e subsistência dos seus membros e o Estado tem uma intervenção subsidiária relativamente ao apoio familiar (Carvalho, 2015).

Perante a insuficiência dos mecanismos de proteção social na resposta às situações de dependência, é frequente apontar “a culpa à família”, procurando encontrar nela (sobretudo nas mulheres) potenciais cuidadores (Fernandes, 2001).

O apoio familiar, todavia, tem múltiplos padrões e não é alheio nem à classe social nem à posição da família na divisão social do trabalho. As classes com menores recursos, tendem a considerar o apoio aos familiares dependentes como um dever/obrigação moral e solicitam mais o apoio da rede solidária. As famílias de maiores rendimentos perspetivam o apoio aos familiares dependentes como uma escolha, e apresentam maior recurso a apoios disponíveis no mercado, como empregadas domésticas ou recurso a empresas privadas (Carvalho, 2009).

O recentíssimo Estatuto do Cuidador Informal (aprovado pela Assembleia da República a 05/07/2019), que institui um conjunto de medidas de apoio a familiares que sejam cuidadores de dependentes, poderá vir a trazer novas reconfigurações tanto pela criação de novas medidas de apoio, quer pela forma como se vai articular e combinar com as já existentes.

CAPÍTULO II:
POLÍTICA SOCIAL, POLÍTICAS PÚBLICAS E OS
STREET-LEVEL BUREAUCRATS

CAPÍTULO II – A POLÍTICA SOCIAL, POLÍTICAS PÚBLICAS E OS STREET-LEVEL BUREAUCRATS

1. Política Social

Pereirinha defende que a Política Social é, na sua essência, a produção e distribuição do bem-estar coletivo. Está intimamente ligada aos valores da equidade, justiça, cidadania e, nesse sentido, confunde-se com a atuação e finalidades do Estado-Providência (Pereirinha, 2007).

Hermano Carmo apresenta a seguinte definição de política social: **“sistema de políticas públicas que procura concretizar as funções económicas e sociais do Estado, com o objetivo de promover a coesão social e a condução coletiva para melhores patamares de qualidade de vida”** (2011, p. 41, negrito no original).

É possível identificar a política social “(...) através dos fins que prossegue, dos objetivos que pretende alcançar e dos instrumentos com que conta para obter os resultados esperados” (Caeiro, 2010, p. 14, sublinhado no original).

A política social, enquanto política pública, distingue-se de outras pelo facto de “prosseguir a finalidade de garantia e promoção de bem estar (welfare) na sociedade” (Pereirinha, 2007, p. 19).

Essa prossecução traduz-se habitualmente na criação de respostas aos problemas identificados (Mouro, 2013) e na sua implementação. Assim, sendo os SLB um elemento central nas implementação das políticas públicas (e nesse sentido da política social) faremos o reconhecimento de alguns contributos teóricos sobre as políticas públicas e sobre os *street-level bureaucrats*.

2. Políticas Públicas

As políticas públicas, enquanto objeto de estudo, surge nos EUA no pós guerra, muito associado a Harold Lasswell e desde então tem vindo a ser construído um vasto

património teórico e conceptual. O trabalho de Lasswell para tentar identificar as etapas de desenvolvimento do processo das políticas públicas foi pioneiro e muitos dos trabalhos subsequentes tomam-no como ponto de partida para a elaboração de novos modelos e quadros teóricos (Araújo & Rodrigues, 2017; Bilhim, 2016).

De acordo com Friedberg (1993) as políticas públicas consubstanciam-se em ações específicas do Estado - e aqui importa ter em consideração tanto o que a governação faz como o que decide não fazer - e faz a regulação de conflitos entre interesses organizados, garantindo a articulação dos interesses e objetivos individuais, a par dos coletivos.

A política pública procura, através da ação do governo e dos dirigentes e funcionários públicos, resolver/abordar um determinado problema tendo em consideração a relação entre eficiência e igualdade.

Bilhim (2016) nota que apesar das muitas definições existentes sobre política pública, em todas se reconhece o papel central desempenhado pelo governo.

Araújo & Rodrigues (2017) advogam a existência de quatro modelos teóricos para compreender as políticas públicas:

1) O modelo sequencial ou do ciclo político – as políticas públicas resultam de um processo sequencial que se desenrola por etapas, desde a articulação do problema até à fase da avaliação das soluções encontradas, num processo onde participam múltiplos atores e que se repete e reconstrói quer pelas alterações que são geradas pela avaliação quer pelas mudanças dos atores ou dos contextos. Apesar de diferentes autores identificarem mais ou menos fases, estas podem ser sintetizadas em quatro grandes fases: definição do problema e agendamento; formulação das medidas de política e legitimação da decisão; implementação; avaliação e mudança.

2) O modelo dos fluxos mútuos – Neste modelo os problemas só se transformam em problemas políticos quando conseguem a atenção do público e dos políticos e entram na agenda da ação pública. Para que isso aconteça, três fluxos de variáveis têm de convergir: o fluxo dos problemas (existe perceção pública dos problemas), o fluxo das

políticas (conjunto das técnicas e soluções disponíveis) e o fluxo da política (condições de governação).

3) O modelo do equilíbrio interrompido – A política pública caracteriza-se pela estabilidade e incrementalismo, sendo esse equilíbrio interrompido por períodos de instabilidade que levam a mudanças significativas. O modelo procura explicar quer as descontinuidades (*punctuations*) quer as continuidades (*stasis*) já que é o mesmo sistema institucional que gera tanto a estabilidade como as situações de ruturas, e que leva à configuração da política pública.

4) Quadro teórico das coligações de causa ou de interesse – o subsistema político é a unidade de análise mais adequada para analisar o processo político, que se define como um conjunto de atores ligados a organizações quer públicas quer privadas que, tendo interesse numa determinada área política, tentam influenciar o desenvolvimento político nessa área. Os atores, que podem ser académicos, políticos eleitos, burocratas, entre outros, agem de forma concertada para atingir determinados objetivos políticos.

As políticas públicas configuram processos complexos, envolvem diferentes atores e visam a resolução de problemas públicos.

Esta apresentação muito sucinta de quatro grandes modelos teóricos da política pública tem como objetivo fazer a ligação para um conjunto de atores da política pública, associados sobretudo à implementação, embora nalguns modelos teóricos também na fase da avaliação/formulação de políticas sejam referidos: os *Street-Level Bureaucrats* (SLB) ou os burocratas de nível de rua.

2.1. A implementação das políticas públicas

Cardim (Quade, 2011, p. 21) defende que o estudo da implementação encerra as seguintes perguntas:

- Como é que de facto as decisões são postas em prática;
- Quais os seus objetivos e como são entendidos por quem as concebe;

- Como são percebidos e comunicados por quem as aplica;
- Como são percebidos pelos destinatários;
- Como é que se preparam para se “encontrar” e “agir” sobre o individual e o coletivo a que se destinam;
- Como é que acompanham as evoluções do contexto, dos problemas e das hipóteses das intervenções mais eficazes.

Pela formulação destas questões percebemos que na fase da implementação intervêm um conjunto alargado de atores e estruturas.

A investigação sobre a implementação conheceu diferentes momentos. Inicialmente os estudos sobre a implementação centravam-se nos casos em que a implementação tinha fracassado e apontavam como explicação o elevado e diverso número de atores envolvidos e a complexidade de todo o processo. Estes estudos iniciais foram, ainda assim, fundamentais para o aprofundamento teórico e empírico das questões relacionadas com a implementação (DeLeon & DeLeon, 2002).

Surgem então uma segunda geração de pesquisas que se agrupam em duas grandes correntes: as teorias *top-down* e as teorias *bottom-up*. De forma resumida, podemos dizer que a perspetiva *top-down* vê a implementação da política como um processo completamente isolado e sequencial à fase da formulação da política. A implementação é um processo racional que é planeado e controlado. Quem formula a política define também as condições e requisitos que, se cumpridos, permitirão uma implementação efetiva da política (O'Toole, 2000).

As perspetivas *bottom-up* veem a implementação da política de forma mais dinâmica e interativa. Nesta perspetiva, a formulação da política e a sua implementação não são processos estanques e separados, e sofrem as influências dos vários agentes e estruturas envolvidos – dificilmente as pessoas envolvidas nos processos de implementação da política podem ser vistos como peças de uma engrenagem.

Estas duas perspetivas foram alvo de várias críticas. As críticas à abordagem *top-down* apontam que esta parte de uma conceção em que apenas decisores políticos estão

legitimados para formular políticas e as respetivas condições de implementação e que eventuais desvios são entendidos como disfuncionalidades (DeLeon & DeLeon, 2002). Ignora também o papel dos SLB, do seu conhecimento para darem uma resposta ao problema para além (ou apesar) da política e ignora o seu poder de discricionariedade.

A abordagem *bottom-up* é criticada por ignorar a influência de quem formula a política, do “centro” no processo de implementação, ignorando que podem escolher quem participa no processo de implementação, definir sanções e impor condições. E uma outra crítica é a de que tem dificuldade em formular teorias explicativas, já que os estudos realizados têm sobretudo em conta as perceções dos atores envolvidos (Matland, 1995).

Stoker (Cline, 2000) aponta ainda que a abordagem *bottom-up* têm algumas fragilidades, nomeadamente por apresentar os SLB sobretudo como agentes alinhados com a política, ignorando o seu papel de bloqueio ou alteração aos objetivos da política e por não conseguir explicar porque é que algumas abordagens *top-down* são bem sucedidas na explicação de políticas implementadas com sucesso.

Uma terceira geração de estudos sobre a questão da implementação procura ultrapassar a dicotomia *top-down/ bottom-up*, apresentando propostas teóricas de superação das críticas apresentadas quer a um modelo quer a outro. Surgem então as abordagens sintetizadoras e contingenciais (O'Toole Jr., 2004, p. 315), que abandonam a conceção de um cenário ideal de implementação e defendem que diferentes contextos requerem diferentes estratégias de investigação (DeLeon & DeLeon, 2002).

Mota (2016, p.115) apresenta uma análise comparativa das diferentes abordagens e demonstra que as pesquisas *bottom-up* se dedica sobretudo a descrever e compreender processos de implementação da política. O foco inicial de atenção é a relações funcionários – grupos-alvo e contextos locais, numa abordagem iminentemente indutiva.

No âmbito da presente investigação, centrar-nos-emos num dos principais atores envolvidos na implementação: os *Street-Level Bureaucrats*, que enquanto elemento de análise são importantes quer nas abordagens *top-down* quer nas abordagens *bottom-*

up (Tummers & Bekkersin, 2012), embora com maior peso nas investigações desta última abordagem.

2.2. Os *Street-Level Bureaucrats*

Foi Michael Lipsky quem cunhou a expressão “*street-level bureaucrats*” para designar os profissionais (por exemplo, funcionários dos sistemas de Proteção Social, da Justiça, das Forças de Segurança, dos Serviços de Educação) que interagem com os cidadãos e que usam de discricionariedade na atribuição de benefícios ou na aplicação de sanções públicas (Hupe & Hill, 2007).

May & Winter (2013), para explicar a importância dos SLB, colocam a questão da seguinte forma: uma política é apenas um texto até que, através da ação de SLB, se concretize na vida dos cidadãos. A maioria das pessoas não lê a lei, portanto, para a maioria das pessoas a lei (a política) é que o lhes chega mediado pelos SLB. E nesse sentido, Lipsky defende que os SLB se tornam mais importantes para a política do que os políticos que as concebem. Lipsky enunciou também que os SLB responsáveis pela implementação de políticas públicas, no decurso do seu trabalho, estabelecem rotinas e mecanismos para lidar com a incerteza e com as pressões laborais, e é a sua atuação que, de facto, se torna a política pública - muito mais do que o que está enunciado na lei ou nos regulamentos.

Estudos posteriores ao estudo seminal de Lipsky fixaram três contributos principais na análise da Política Pública e dos SLB (Gilson, 2015):

- Os SLB têm poder e usam de discricionariedade na implementação, o que significa que a sua atuação tem consequências políticas e é o que de facto os cidadãos experienciam de determinada política (o que habitualmente não corresponde ao que está enunciado formalmente);
- O comportamento dos SLB é sistematicamente influenciado pelo ambiente institucional e organizacional em que trabalham;

- Os esforços para controlar o comportamento dos SLB tende a minar a sua preocupação em responder ao problema da pessoa (cliente), havendo necessidade de desenvolver outras abordagens para atingir os objetivos das políticas públicas.

Relativamente à discricionariedade, Lipsky apontou desde logo a centralidade da agência humana, definindo-a como a liberdade de escolher entre várias possibilidades de ação ou de inação. Ou seja, a discricionariedade corresponde ao espaço existente entre as regulamentações legais e a esfera de atuação do profissional. Vários autores (Maynard-Moody & Musheno, 2012; Hupe & Hill, 2007; May & Winter, 2013) identificam as razões pelas quais esse espaço existe:

- Os objetivos das políticas muitas vezes não estão bem definidos ou a política entra em vigor antes de estarem concluídos todos os detalhes;
- Os profissionais confrontam-se com decisões complexas, que não encontram correspondência na lei e desenvolvem mecanismos e rotinas (procedimentos, categorizações, simplificações) para lidar com as situações concretas;
- A informação que os profissionais têm sobre as políticas é obtida através de fontes difusas e/ou não confiáveis, pelo que estes não detêm informação fiável sobre os objetivos da política.

Lipsky (Winter, 2002) identifica ainda uma outra questão: a maioria dos SLB vive confrontada com inúmeros pedidos mas com recursos limitados. Sentem que os seus recursos são crónica e manifestamente insuficientes para responder às necessidades que se lhes apresentam. A resposta típica ao conflito é empregar um conjunto de estratégias conscientes e subconscientes (*coping strategies*) para lidar com esta situação: tentar diminuir a procura pelos seus serviços limitando a informação sobre serviços; deixar os clientes passarem por longos tempos de espera; dificultar o acesso e impondo um conjunto de outros custos psicológicos aos clientes; racionar os serviços definindo prioridades de entre as tarefas concentrando-se num n.º limitado de clientes selecionados, casos e soluções; dar maior prioridade a casos fáceis e de rotina, dando menos prioridade a casos mais complexos, não programados e consumidores de tempo;

dar prioridade a casos em que o cliente exige uma decisão do que a casos que envolvem ações preventivas, de pesquisa ou de acompanhamento.

Maynard-Moody & Musheno (2012) trazem para análise dos SLB e das questões da discricionariedade um outro contributo. Os SLB podem ser considerados quer por si, quer por outros, como *state-agents*: ou seja, como agentes que no exercício das suas funções o mais importante é seguir os regulamentos e normativos, cumprir a lei, implementar a política; ou como *citizen-agents*, em que os SLB não agem com o objetivo de fazer cumprir a lei mas ter uma intervenção cujo resultado seja o melhor para o cidadão-cliente.

Estes autores referem que no âmbito das investigações que realizaram junto de SLB obtiveram o seguinte resultado: quando questionados em abstrato sobre o exercício das suas funções, com frequência não conseguem identificar as leis/ normativos/ políticas que lhes cabe implementar e tendem a ver-se como *citizen-agents*. Mas quando se analisa as situações concretas, verifica-se padrões de discricionariedade que tendem a posicionar os SBL mais como *state-agents*, no sentido em que, mesmo sem se aperceberem, reproduzem padrões de discricionariedade muito mais institucionais do que da sua esfera de decisão individual.

Maynard-Moody & Musheno referem:

“We also observed that street-level workers do not define themselves as policy implementers; they do not recognize or accept the mantle of ‘ultimate policy maker’ that Lipsky placed on their shoulders. As we describe elsewhere, street-level workers describe themselves in terms of occupational identities; they see themselves as cops, teachers, or counselors, not part of governance. They describe themselves as citizen-agents, not state-agents, and they give great weight to the ideas and practices of fellow workers over administrators. While they do not consider themselves as part of extensive policy institutions or subsystems, they, as a group of workers, profoundly shape the nature and meaning of policy. They are more profoundly state-agents than the standard implementation-control-discretion narrative suggests.” (Maynard-Moody & Musheno, 2012, p.20)

Os resultados da investigação destes autores surgem noutros estudos sobre SLB, designadamente sobre trabalhadores sociais (Evans,2011) em que a discricionariedade está fortemente condicionada por preconceitos que estão enraizados quer na organização, quer nas comunidades em que se inserem, sendo também uma

discrecionalidade que é muito dividida com estruturas intermédias (chefias, gestores, responsáveis) e com colegas da mesma instituição ou de instituições com quem têm de se articular (Brown, 2017; Duhant, 2017; Masters et al, 2014).

2.3. O atendimento de ação social como burocracia de nível de rua

As organizações que disponibilizam serviços sociais e serviços de atendimento de ação social podem ser analisadas como *Street-Level Bureauracies* ou Burocracias de Nível de Rua, na linha dos contributos teóricos de Lipsky e dos SLB (Pinto, 2011), no sentido em que estão em contacto direto com os cidadãos e disponibilizam serviços e concretizam o acesso a medidas de política pública.

A Segurança Social define o atendimento de ação social como “uma forma de ajudar as pessoas ou as famílias em situação de carência (pobreza) ou vulnerabilidade a resolver os seus problemas” (ISS, 2014, p.4) e são vários os serviços públicos que têm serviços de atendimento de ação social disponíveis para a população: municípios, freguesias, serviços de saúde, serviços da Segurança Social, bem como outros dirigidos a públicos mais específicos.

Confrontadas com situações de dependência, as pessoas (próprios, familiares, etc.) procuram os serviços de atendimento de ação social para obter informações/orientações e intervenções. Foi a perspetiva dos profissionais, que trabalham nestes serviços e a quem situações de dependência são colocadas, na expectativa de que intervenham, que se procurou conhecer neste estudo.

Importa desde já reconhecer a particularidade da cidade de Lisboa no contexto nacional: na sequência de protocolo celebrado entre o Instituto da Segurança Social e a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML), é a SCML a entidade responsável pelo atendimento de ação social (ISS, 2014, p. 6).

De acordo com a informação disponibilizada pela SCML, qualquer cidadão residente na cidade de Lisboa pode recorrer aos serviços de atendimento de ação social da sua área de residência para “obter informação, orientação, encaminhamento ou intervenção, de acordo com a avaliação realizada pelo técnico do atendimento de ação social” (SCML,

2017, p.16). Os serviços de atendimento da SCML organizam-se em nove Unidades de Desenvolvimento e Intervenção de Proximidade (UDIP):

- Alameda (freguesias do Areeiro e Arroios)
- Alta de Lisboa (freguesias de Lumiar e Santa Clara)
- Avenidas (freguesias de Alvalade, Avenidas Novas e Campolide)
- Colinas (freguesias de Santa Maria Maior e São Vicente)
- Descobertas (freguesias de Ajuda, Alcântara, Belém e Campo de Ourique)
- Marvila (freguesia de Marvila)
- Madredeus (freguesias de Beato e Penha de França)
- Oriente (freguesias de Olivais e Parque das Nações)
- Tejo (freguesias da Estrela, Misericórdia e Santo António)

Esta referência é aqui feita porque as situações de pessoas em situação de dependência são trabalhadas pelo atendimento de ação social da SCML, já que é esta a entidade que substitui a o ISS,IP em Lisboa.

CAPÍTULO III:

METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

CAPÍTULO III – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Neste capítulo começa-se por apresentar a pergunta de partida que orientou esta dissertação de mestrado bem como os objetivos do estudo. Seguidamente são explicitadas as opções metodológicas, o universo e a amostra, procurando clarificar os procedimentos de recolha e de tratamento dos dados.

O presente capítulo enunciará ainda os objetivos do estudo, apresentando as opções metodológicas, o universo e a amostra, bem como os procedimentos de recolha, tratamento de dados e contextualização.

1. Pergunta de Partida e Objetivos do Estudo

“A investigação é algo que, por definição, se procura” (Quivy e Campenhoudt, 2008:31).

A dependência apresentou-se desde logo como o tema de interesse pelo impacto que tem na vida das pessoas em situação de dependência, das pessoas que delas cuidam e das intervenções/respostas que lhe são dirigidas. Enquanto tema revelou-se, todavia, desafiante pelo seu carácter vasto, multidimensional, multifatorial e intersectorial.

Como alguns autores alertam, a proximidade do investigador com o tema deve ser explicitada e embora acarrete alguns problemas, as vantagens da experiência pessoal ultrapassam os problemas (Moreira, 2014). No âmbito da sua atividade profissional como assistente social em cuidados de saúde primários, a investigadora contacta e intervém com pessoas em situação de dependência. E contacta também com profissionais de atendimento que realizam atendimento de ação social na cidade de Lisboa e cuja intervenção define o plano de apoio social às pessoas em situação de dependência, às suas famílias e a articulação com outras entidades. O tema da dependência surge após a perceção de que muitas vezes mais do que a doença, é a dependência que apresenta grandes desafios, gera grandes ansiedades, receios e a necessidade da ativação de um conjunto de recursos e atores. Das pesquisas prévias, verificou-se a existência de um número significativo de estudos que incidem sobre a

perceção das pessoas em situação de dependência, dos seus familiares/ cuidadores e até de instituições que intervêm com pessoas em situação de dependência, mas não se encontrou estudos que olhassem para a dependência do ponto de vista dos profissionais ao nível do atendimento de ação social e que muitas vezes têm uma intervenção decisiva nas situações de dependência, como mais à frente os relatos das pessoas entrevistadas revelam, e de que deixamos já um exemplo: “Pronto, e de um dia para o outro consegui arranjar uma cuidadora(...)” (e9).

Quase todos os autores de manuais de metodologia de investigação referem que a definição do objeto é difícil e prolonga-se no tempo. E como se disse, apesar de o tema da dependência se ter assumido desde logo como tema de interesse, o objeto de estudo foi-se construindo à medida que se procedia à leitura de bibliografia sobre o tema, que se discutiu a questão com informadores privilegiados, com académicos, com outros profissionais e com contactos exploratórios com o terreno.

Carlos Diogo Moreira defende que nas pesquisas qualitativas:

”Definir o problema, formulá-lo (a palavra ganha aqui especial interesse) é no fundo, entrar em contacto com ele, não delimitar as suas fronteiras. (...) Definir, portanto, não é delimitar, rodear, circunscrever com precisão um problema mas situar, orientar, acercar, contactar com o núcleo, o centro do mesmo. A formulação de uma pergunta de investigação equivale a selecionar uma direção concreta (...) ou escolher um evento, uma situação, um comportamento e delimitar o tempo, o espaço, as pessoas, o contexto em que se decide a pesquisa” (Moreira, 2007:71).

Na presente investigação, a pergunta foi: **“Qual a atuação dos *Street-Level Bureaucrats* na implementação das políticas sociais de proteção às pessoas com dependência?”**

Este trabalho estruturou-se então em torno de um objetivo geral e de objetivos específicos. Como objetivo geral procurou conhecer-se a implementação das políticas sociais de proteção às pessoas com dependência pelos profissionais de atendimento de ação social (*Street-Level Bureaucrats*) da cidade de Lisboa.

Nesse sentido, estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos: (i) identificar processos, contextos, rotinas e mecanismos de trabalho, fontes de informação; (ii) conhecer o posicionamento dos profissionais relativamente às políticas públicas para as pessoas com dependência (*state-agent narrative/ citizen-agent narrative*); (iii) identificar padrões de discricionariedade na implementação das políticas sociais para as pessoas com dependência.

2. Opções Metodológicas

2.1. Tipo de Estudo

O presente estudo é do tipo exploratório, descritivo e simples. Na definição de Fortin “o estudo descritivo simples consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta” (Fortin, 2009: 163).

A pesquisa foi de natureza qualitativa, sendo que um dos grandes objetivos deste tipo de estudos é recolher informação sobre sentidos, hábitos e aspetos enraizados da ação dos sujeitos (Santo, 2010; Guerra 2006).

“Uma faceta essencial dos métodos de pesquisa qualitativos consiste no facto das explicações consideradas satisfatórias das atividades sociais requererem uma apreciação das perspetivas, culturas e ‘visões do mundo’ dos autores envolvidos. Como Robert Burgess observa, dão uma importância decisiva à compreensão das ações dos participantes na base das suas experiências de vida” (Moreira, 1994:94).

Clara Pereira Coutinho reforça também que a nível conceptual, o objeto de estudo das investigações qualitativas “não são os comportamentos, mas as intenções e situações, ou seja, trata-se de investigar ideias, de descobrir significados nas ações individuais e nas interações sociais a partir da perspetiva dos atores intervenientes no processo”(Coutinho, 2014:28).

Há autores que alertam para o facto de as pesquisas qualitativas poderem contrariar a ideia de que apenas têm como objetivo a “descoberta”, enquanto as quantitativas

procuram a verificação (Santo, 2010). Caso as pesquisas qualitativas assegurem diversidade dos perfis e a saturação podem substituir com vantagem as metodologias hipotético-dedutivas por metodologias indutivas (Guerra, 2006).

Todavia, a presente investigação, considerando a inexistência de estudos prévios sobre o tema, assume a sua natureza de “descoberta”, de procurar conhecer melhor a realidade. Assim, procurou-se garantir a diversidade dos entrevistados, sem procurar garantir a saturação. Como em muitos estudos exploratórios, a discussão dos resultados aponta para a necessidade de mais investigações sobre o tema (Guerra, 2006).

2.2. Universo de Estudo

Para a presente investigação considerou-se que SLB seriam todos os profissionais que realizam Atendimento de Ação Social à população da cidade de Lisboa.

Considerando a situação específica do concelho de Lisboa, em que a intervenção social é da responsabilidade da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML), de acordo com o Protocolo celebrado entre esta Entidade e o ISS, I.P. (ISS, I.P., 2014:7), e que tal poderia introduzir diferenças relativamente ao restante país quanto à implementação das políticas públicas de proteção às pessoas com dependência, apenas foram consideradas entidades que tivessem intervenção da cidade de Lisboa.

2.3. Amostra

A base de amostragem foi construída a partir de contactos com profissionais que tivessem funções de atendimento de ação social à população da cidade de Lisboa. Por uma questão de distanciamento com a investigadora, e observando as preocupações referidas anteriormente, não foram selecionados profissionais que desempenhem funções em serviços de saúde ou profissionais com quem se relacione pessoal ou profissionalmente.

Embora a designação “amostra” em estudos qualitativos não seja consensual para muitos autores (Guerra, 2006), considerando a sua ampla utilização, e feitas as devidas ressalvas, optou-se por usá-la.

Coutinho defende que “num estudo qualitativo a amostra é sempre intencional porque não há qualquer razão para que seja representativa da população” (Coutinho, 2014:330).

A amostra é não probabilística, ou seja, cada elemento do universo não tem uma probabilidade igual de ser escolhido e o método de amostragem não probabilística escolhido foi a amostragem por rede ou em bola de neve (Fortin, 1999). Ou seja, inicialmente foram contactadas três pessoas através de contactos informais com informadores privilegiados sobre os objetivos da investigação. Depois de contactadas essas três pessoas, que aceitaram ser entrevistadas, solicitou-se que indicassem outros profissionais com as características pretendidas. A amostra é assim constituída por 13 profissionais, todos com funções de atendimento de ação social na cidade de Lisboa.

2.4. Recolha e tratamento de dados

A pesquisa documental perpassou todas as fases da investigação, quer fontes primárias, quer fontes secundárias. Procedeu-se a uma revisão bibliográfica que teve como objetivo identificar, localizar e analisar documentos que contivessem informação relacionada com o tema e tentar estabelecer um vínculo entre o conhecimento existente sobre o tema e os objetivos da presente investigação (Coutinho, 2014).

Para concretizar esse objetivo, realizaram-se diversas deslocações a diferentes bibliotecas, procedeu-se à consulta de catálogos bibliográficos e de bases de dados como o *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), Biblioteca do Conhecimento online (B-on), *Journal Storage* (JSTOR), Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal (RCAAP). De referir que teria sido importante para a investigadora poder ter tido acesso a outras bases de dados, designadamente, mas dado que o acesso exigia um pagamento ainda significativo e sem que pelo abstract fosse possível determinar a sua relevância, optou-se por não se fazer a consulta a esses artigos.

Considerando os objetivos da investigação, selecionou-se como método de recolha de dados a entrevista. “A entrevista é certamente o método mais utilizado em investigação social” (Moreira, 1994:133). A escolha deste método para o presente estudo não teve subjacente o facto de ser o mais “frequente” mas por ser útil enquanto estratégia de descoberta (Moreira, 1994:134), por permitir examinar conceitos e conhecer o sentido do fenómenos a partir da perspectiva dos participantes (Fortin, 2009) e pelo grau de profundidade que se consegue obter dos elementos de análise recolhidos (Quivy e Campenhoudt, 2008).

Os entrevistados tornam-se assim informadores privilegiados sobre o tema em estudo (Guerra, 2006).

A entrevista foi de tipo semi-estruturada ou semidiretiva : as mesmas perguntas foram colocadas a todos os entrevistados, sendo que a resposta era livre e aberta. Os entrevistados foram convidados a responder pelas suas próprias palavras e de forma tão completa quanto possível às questões colocadas (Guiglione & Matalon, 2001). Muitas vezes a respostas suscitou novas perguntas para melhor esclarecimento ou exemplificação, permitindo a obtenção de maior riqueza informativa, e confirmando a vantagem do uso da entrevista num quadro de “interação mais direto, personalizado, flexível e espontâneo do que o inquérito” (Moreira, 2007:211).

A entrevista baseada num guião é, de acordo com Loffland, a que melhor corresponde à essência da entrevista qualitativa (Loffland em Moreira, 2007:204).

O guião e a preparação da entrevista tiveram como preocupação garantir que as respostas são coincidentes com o que os entrevistados realmente pensam e evitar respostas que lhes possam parecer como as mais aceitáveis ou politicamente corretas (Santo, 2010). Ainda assim, nalgumas respostas e sobretudo na que se refere ao posicionamento do profissional (perspetiva *state-agent/ citizen-agent*) percebe-se a tensão entre o que é o posicionamento real do entrevistado e o que considera ser a posição “politicamente correta”.

O guião da entrevista (apêndice 1) está ancorado nos objetivos da investigação e inclui: (i) informação sociodemográfica, (ii) formação/ informação sobre respostas para as

peessoas em situação de dependência; (iii) intervenção em situações de dependência; (iv) identificação de constrangimentos/ limitações nas medidas de política pública para as situações de dependência; (v) identificação de vantagens e benefícios nas medidas de política pública para as situações de dependência; (vi) posicionamento state agent/ citizen agent; (vii) gestão de eventuais conflitos decorrentes do posicionamento state agent/ citizen agent.

Realizaram-se duas entrevistas de pré-teste, tendo sido introduzidas alterações muito ligeiras no guião de entrevista, pelo que, após a sua aplicação, deu-se início às entrevistas.

As entrevistas decorreram num ambiente de à-vontade e confiança, em que os entrevistados falaram livremente, demorando-se o tempo que entenderam nas respostas e em que se privilegiou a qualidade da informação, valendo cada resposta por si própria e não como representativa de um grupo ou comunidade (Santo,2010).

Apesar de todas as entrevistas terem sido transcritas integralmente, a sua reprodução não consta em anexo porque considerando o universo relativamente reduzido destes profissionais, poder-se-ia correr o risco de identificação dos entrevistados, quebrando assim o compromisso de confidencialidade assumido (Guerra,2006).

Gostaríamos de deixar uma nota relativamente à dificuldade no acesso às pessoas do estudo, que, como Carlos Diogo Moreira (Moreira, 2007) aponta, muitas vezes constitui um dos momentos mais difíceis da investigação. Tal como este autor explica, foi necessário recorrer a “corredores de acesso” (Lee em Moreira, 2007:139) – pessoas que gozam da confiança da população estudada e que são capazes de compreender as motivações e exigência da pesquisa.

As entrevistas decorreram entre outubro de 2018 e abril de 2019. Tendo sido previamente informados do objetivo da entrevista, algumas pessoas recusaram a sua participação no estudo, outras, não declarando expressamente a sua recusa, não indicaram data possível para a sua realização ou procederam a sucessivos adiamentos, sem que a entrevista tivesse chegado a realizar-se. Durante todo este período houve contactos com “corredores de acesso” (cinco pessoas), que facilitaram o contacto com

seis profissionais, cinco dos quais foram entrevistados, e que facultaram o contacto de outros quinze profissionais, embora apenas mais oito tenham acedido a concretizar a entrevista.

O contacto a solicitar a entrevista foi por telefone e por e-mail (uma pessoa), em que se apresentou o tema da pesquisa, o que se pretendia com a entrevista, garantindo anonimato e confidencialidade. Dada a natureza das perguntas, e para garantir que os entrevistados falavam com maior liberdade, a autorização foi solicitada aos profissionais e não às entidades onde estes trabalham, porque também nos contactos prévios e exploratórios com profissionais que não seriam integrados na amostra, estes manifestaram que o facto de saberem que as chefias/ direcções estariam informadas do estudo, os condicionaria.

Também nesta fase preparatória que antecedeu as entrevistas se percebeu que a duração das entrevistas não poderia passar muito os 60 minutos. Assim, e considerando a natureza exploratória do estudo, as perguntas do guião de entrevista procuraram em primeiro lugar estabelecer se os entrevistados já tinham trabalhado em contexto de atendimento de ação social em situações de dependência na cidade de Lisboa e, se sim, restringir o número de perguntas ao cerne do objeto do estudo. Procurou-se que as perguntas fossem sendo colocadas de forma natural, com pouca intervenção do entrevistador, de forma a obter a maior riqueza possível nas respostas (Guerra, 2016).

As entrevistas foram realizadas nos horários e locais indicados pelos entrevistados (Moreira 2007). Em duas situações, os entrevistados escolheram um café (um deles próximo da residência, um outro próximo do local de trabalho), um outro entrevistado solicitou que a entrevista se realizasse no seu domicílio (estando só na habitação) e nas restantes situações solicitaram que a entrevista se realizasse num gabinete no seu local de trabalho. As entrevistas tiveram uma duração média de 44 minutos.

Foram seguidas as regras que melhor garantem a qualidade das entrevista: postura agradável e profissional, utilizar linguagem acessível, escuta ativa, não interromper, tolerar o silêncio, não julgar os pontos de vista do entrevistado, não discutir ou debater as respostas obtidas (Coutinho, 2014; Ghiglione&Matalon, 2001; Moreira, 1994).

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio, com a autorização dos entrevistados, tendo sido solicitada a assinatura de um consentimento informado (apêndice 2), sendo também informados de que a gravação seria mantida apenas pelo período estritamente necessário, após o que seria eliminada.

2.5. Procedimentos de Tratamento dos Dados

De acordo com Quivy e Campenhoudt (Quivy e Campenhoudt, 2008) o método das entrevistas está sempre associado a um método de análise de conteúdo. Permite, por exemplo, tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de complexidade como o material obtido através de entrevistas pouco diretivas.

O primeiro procedimento de tratamento de dados foi a transcrição integral das entrevistas. Para além da audição e transcrição, todas as entrevistas foram ouvidas uma segunda vez já com a transcrição feita para deteção de erros e para permitir uma primeira leitura, a que Bardin (1977) designa de “leitura flutuante” – uma leitura em que se permite que o texto gere as primeiras impressões e orientações e como uma forma de pôr em evidência a “respiração” de uma entrevista não diretiva.

Os dados referentes à caracterização sociodemográfica foram tratados com recurso ao programa Excel.

Apesar do tempo exigido na tarefa de transcrição, foi uma fase importante para maior familiarização com o conteúdo, para anotações, sublinhados, e para a construção das sinopses das entrevistas numa grelha vertical a partir das grandes temáticas do guião (Guerra, 2006). Nesta sinopse optou-se por colocar o próprio discurso do entrevistado. Por ser uma entrevista aberta, muitas vezes o mesmo assunto foi abordado em diferentes momentos, o que exigiu uma leitura repetida e atenta para que a sinopse contivesse todo o conteúdo relevante.

Seguidamente foi possível fazer uma leitura vertical, agregando os dados em categorias. Esta agregação tem como principal objetivo atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão e compreendeu três procedimentos essenciais: o recorte (escolha da

unidade de análise), enumeração (escolha das regras de contagem das unidades de análise, e categorização (escolha das categorias) (Bardin, 2011).

A escolha das categorias seguiu o preconizado por Carmo & Ferreira (1998): exaustividade, exclusividade, objetividade e pertinência, tendo presentes os objetivos da investigação.

CAPÍTULO IV:

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. Apresentação dos resultados

1.1 Caracterização Sociodemográfica

A amostra é composta por 13 profissionais de entidades públicas que realizam atendimento de ação social à população residente na cidade de Lisboa.

Dos 13 entrevistados 12 (n=12) são do sexo feminino e 1 (n=1) do sexo masculino. A idade média é de 37,5 anos (dp= 3,915, intervalo entre 30 e 44). Relativamente ao tempo que estão em funções de atendimento de ação social, a média de anos em atendimento de ação social é de 10,7 anos (dp= 5,297, intervalo entre 2 e 20 anos). Quanto às habilitações literárias, a maioria (n=11) tem como nível de escolaridade mais elevado a licenciatura e dois entrevistados (n=2), mestrado.

A distribuição da área de licenciatura é a seguinte: sete (n=7) licenciados em Serviço Social, três (n=3) em Psicologia Clínica, uma (n=1) pessoa licenciada em Psicologia Forense e da Exclusão Social, uma (n=1) pessoa licenciada em Política Social e um (n=1) em Terapia Ocupacional. As duas (n=2) pessoas com habilitações literárias superiores a licenciatura, têm mestrado em Psicologia Educacional (n=1) e em Dança, Movimento, Terapia (n=1).

1.2 Formação sobre dependência

Depois de apresentada a definição de dependência usada neste estudo: «Dependência é a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária” (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho), questionou-se os entrevistados sobre a frequência de ações de formação sobre

respostas para pessoas em situação de dependência. Seis (n=6) entrevistados declararam já ter feito formação.

Relativamente às áreas de formação, é a dependência física (n=3) e a saúde mental (n=3) que apresentam o maior n.º de respostas, seguidas das demências (n=2) e tanto os maus tratos como os cuidados continuados apresentam apenas uma resposta:

“Mais sobre a dependência física e relacionadas com demências, também.”(e10)

“(...) fiz também sobre como dar banho a um idoso,... aquelas coisas que eu achava que para saber mandar, tinha de saber fazer, porque eu estive como diretora técnica de uma instituição nas respostas de centro de dia, serviço de apoio domiciliário e lar.”(e13)

Depois também fiz formação sobre pessoas com doença mental. Que também não deixam de ser pessoas dependentes (e11)

Dos sete entrevistados que indicaram não ter frequentado ações de formação sobre respostas para pessoas em situação de dependência, todos afirmaram ter informação sobre as respostas. Identificaram na experiência profissional: “Sim, vamos aprendendo com a experiência”(e3), nos conhecimentos académicos e na articulação com outras entidades as fontes da informação obtida.

Três entrevistados, embora tenham declarado ter informação, não indicaram a fonte.

1.3 A intervenção junto de pessoas em situação de dependência no decurso do atendimento de ação social

Todas as pessoas entrevistadas já intervieram, em contexto de atendimento de ação social, em situações de dependência. Das respostas releva não só o encaminhamento da situação, mas também o próprio processo de intervenção:

Ao nível do processo, a grande maioria dos entrevistados refere a necessidade de avaliar a situação que lhes chega (n=7): “Mas antes disto tento perceber o grau de dependência,

suporte familiar, a situação habitacional, fazer visita. Isso é a primeira coisa que eu procuro saber”(e13) e depois, de entre os recursos que conhecem, tomar uma decisão (n=9). É perceptível nalgumas entrevistas a dificuldade que é sentida nessa tomada de decisão:

“Porque não nos deixa seguros a questão de a pessoa ficar só com o apoio domiciliário três vezes por dia e sem noites, sem ninguém à noite, não é? Isso não nos deixa de todo seguros. Um cuidador, nunca poderia ser só um, teriam de ser dois, sendo que, não é? Um para fazer dias, outro para fazer noites, e depois há a questão das folgas, as férias... Portanto, isto não é nada fácil, para além de que não existindo uma bolsa de cuidadores específica, não é?, a que possamos recorrer, ou a pessoa conhece alguém - às vezes se percebermos que a pessoa está bem para fazer a seleção, podemos ajudar, se a pessoa não estiver bem, nós por norma também não o fazemos, até porque é mais arriscado, não é? Nós não conhecemos as pessoas para agora estar a dizer: agora vai cuidar daquela pessoa durante x horas.” (e4)

Uma das dificuldades sentidas é que a sua intervenção está fortemente condicionada pelas respostas existentes, e que não são necessariamente as que consideram mais adequadas: “Infelizmente não há aqui nenhuma resposta nesse sentido” (e3) ou até mesmo que pode não haver nada para propor na situação apresentada:

“Eu como sou terapeuta ocupacional acabo por dar apoio às assistentes sociais que estão nas várias freguesias e que às vezes me chamam para ir fazer visitas conjuntas para poder avaliar em conjunto com elas. E aquilo que eu vejo é que se a pessoa... percebe-se que passa-se ali alguma coisa, mas se não é o que está tipificado, se não é: refeições, o tratamento de roupa, a higiene, a higiene habitacional... se não é disto que a pessoa precisa, então nós não temos nada para oferecer.”(e7)

A grande maioria dos entrevistados (n=10) refere encaminhar as situações que lhes chegam para respostas sociais atípicas (n=10), ligeiramente mais até do que para encaminhar para respostas sociais típicas (n=9).

De salientar que de 8 em 10 respostas é mencionada a comparticipação de cuidador no domicílio, sendo esta a resposta atípica com maior expressão. Esta resposta, que da pesquisa realizada não foi possível confirmar se é também prática no resto do território nacional, consiste na comparticipação, por parte da SCML, do vencimento de uma ou várias pessoas que asseguram a prestação de cuidados à pessoa dependente no domicílio. Poderíamos pensar tratar-se de um serviço de apoio domiciliário, todavia, percebe-se que estes cuidadores não são da Rede Solidária e a comparticipação deste valor obedece aos mesmos critérios que a SCML utiliza para a comparticipação de vagas de ERPI no setor lucrativo. Estes cuidadores podem estar vinculados a alguma empresa lucrativa de SAD ou serem alguém que é contratado particularmente. “Um cuidador. Exatamente. A SCML não tem essa resposta, mas nós podemos de alguma forma... trabalhamos com algumas empresas privadas, pronto, e através dessas empresas fazemos propostas de apoio económico, caso haja necessidade de apoio.”(e6). “E existe depois também o serviço de cuidadora. 24 horas. Não é? ... Pronto, havendo família e tudo, e se a casa tiver condições, a pessoa está muito melhor em casa do que está noutro espaço”(e8).

Nas respostas sociais típicas (de acordo com a classificação da Carta Social) são identificadas as respostas de SAD, Centro de Dia e ERPI. “O apoio domiciliário e as outras respostas da comunidade, como os centros de dia, não é? Portanto, não são suficientes e temos de acionar outras respostas, como um apoio mais permanente em casa, como uma integração em lar”(e6).

As restantes intervenções referidas, têm uma expressão muito menor: a articulação interinstitucional (n=3), envolver/responsabilizar a família (n=3), informar (n=2), conhecer as expectativas dos clientes (n=1) e encaminhar para prestações sociais (n=1).

1.4 Constrangimentos e limitações das políticas sociais para a dependência

Pedi-se aos entrevistados para pensarem e identificarem constrangimentos nas políticas sociais para a dependência. A maioria dos entrevistados falou longamente sobre este aspeto, sendo o que tem maior n.º de respostas.

O principal constrangimento/ limitação identificado pelos entrevistados é a inexistência de respostas (n=8). Oito entrevistados mencionam diferentes necessidades: no âmbito da saúde mental, a alteração de habitações de pessoas em situação de dependência, centros de noite, apoio ao cuidador informal, programas que realizassem reabilitação de forma continuada.

“Ainda há muito a fazer. Se não forem pessoas idosas nem há respostas... seja dependência física, seja dependência cognitiva... nós não temos respostas. Estamos a encaminhar pessoas jovens com deficiência mental, que são dependentes, não conseguem ser autónomos na sua vida quotidiana. E não temos resposta.” (e3)

“Se os serviços se organizarem de forma a que sim, a maior parte das pessoas que hoje em dia estão a ser institucionalizadas, se os serviços da comunidade conseguissem de facto garantir um apoio bastante alargado à pessoa em casa, se calhar a pessoa não precisaria de estar numa instituição.” (...) “Família que trabalhe e que tenha pessoas idosas em situação de dependência, vê-se muitas vezes confrontada aqui com o dilema de: eu quero apoiar mas não posso porque não tenho horas disponíveis, porque tenho aqui um dia muito cheio, porque não consigo, porque se eu deixar de trabalhar e puser assistência à família, não vou conseguir depois pagar as minhas despesas... e isto é errado, isto é errado. De facto, deveria existir uma política pública como existe aqui no país vizinho há muitos anos que de facto pudesse prever esta possibilidade da pessoa, do familiar poder cuidar da pessoa idosa e ter efetivamente um rendimento por isso. E a pessoa idosa era cuidada pela família, a família também se sentia competente por estar a cuidar e havia aqui um compromisso que do ponto de vista, enfim, funcional e logística...” (e7)

E aquilo que eu vejo é que se a pessoa... percebe-se que passa-se ali alguma coisa, mas se não é o que está tipificado, se não é: refeições, o tratamento de roupa, a higiene, a higiene habitacional... se não é disto que a pessoa precisa, então nós não temos nada para oferecer. Porque não é só isto que a pessoa possa precisar efetivamente.(...) Imagine, a própria questão das compras, de fazer compras, seja

de géneros alimentares, seja de outra: de uma camisola, sapatos, o que for. Este acompanhamento a saídas ao exterior não é uma coisa que esteja contratualizada como um serviço. É uma coisa que algumas instituições fazem, outras são voluntários que asseguram, mas isto é essencial à vida das pessoas. Mas não é considerado. O que é considerado serviço são estes: da roupa, da higiene, das refeições. Pronto. E como isto, uma ida ao cinema, ou uma ida ao teatro. Mesmo que fosse durante a semana, também não é uma coisa entendida como uma necessidade. Não, é entendido como uma coisa extra. Mas não é uma coisa extra. É uma coisa que faz parte daquela pessoa, da vivência daquela pessoa, e que é significativo para ela. E se calhar é muito mais importante do que ter a refeição quente todos os dias para aquela pessoa: poder ir uma vez por semana ao teatro.”(e7)

“E pronto, o hospital normalmente contacta-nos porque as pessoas vão ter alta e pedem-nos que arranjemos uma solução. Ora, muitas vezes são pessoas isoladas, sem suporte familiar, em quartos, que de repente ficam assim. Portanto, voltar para um quarto é impensável, não é? E onde é que nós vamos pôr esta pessoa? Para um lar não dá, porque não há critérios para lar a não ser que seja privado e se a pessoa não tem rendimentos dificilmente se consegue. Às vezes também não há vaga nas unidades da Rede ou há na inicial, e depois para onde é que vão? Portanto, às vezes há reabilitação mas é só até determinado ponto, não é? Depois têm de sair, pronto. Mesmo que não estejam autónomos. E aí é difícil...”(...) “Devia haver uma rede de suporte para promover a autonomia nas pessoas sem que fossem institucionalizadas e muitas vezes não há. Depois criar respostas mais adequadas para determinado perfil... ou seja, eu noto mais dificuldade nas pessoas que ainda não têm idade para ir para um lar...”(e12)

O segundo aspeto a ser referido como constrangimento é a desarticulação entre os diferentes serviços (n=6), sendo que alguns entrevistados colocam a questão não só no nível da desarticulação, mas num nível mais conflitual, em que um serviço tenta impor uma determinada solução. Nalguns discursos os entrevistados surgem como os garantes de respostas mais adequadas às situações das pessoas em situação de dependência,

contra decisões de outros organismos (sobretudo da saúde) - como se o interesse desses organismos fosse defender um interesse próprio, conflituante com o da pessoa.

“Portanto, por muito que os hospitais queiram empurrar os velhinhos, nós não podemos deixar que os velhinhos vão assim, não é? (...)“Somos muito pressionados pelos hospitais com as altas, sobretudo de idosos, para integrar em lar, quando às vezes tinham critério para ir para uma unidade de cuidados continuados, para reabilitação. Aliás, eu tenho filhos que eu às vezes digo. Olhe, sim senhor, foram encaminhados para cá para tratar do lar da mãe mas a inscrição para a Rede [RNCCI] não há? Por que é que não houve? Pronto. E nós começámos aqui a pôr alguns limites ao hospital.” (e5)

“A sensação que nós temos é que os serviços de saúde estão constantemente a empurrar - não vou usar nenhum discurso técnico aqui, mas acho que assim se percebe melhor – a tentar passar a bola, a empurrar para cima da Santa Casa, a Santa Casa que resolva, quando às vezes as pessoas podem ser trabalhadas e apoiadas através do Serviço Nacional de Saúde, sem terem de ir para a Santa Casa. Isto acontece constantemente, e nós cria-nos uma pressão gigante para resolver a situação. (...) Eu já tive “n” situações. “N” em que não houve um telefonema sequer. Não houve nenhuma articulação para passar a situação.” (e12)

Com o mesmo número de respostas (n=6) surge a existência de mecanismo de intervenção mais célere quando a pessoa recusa mas está em risco /falta de resposta da Saúde Pública (n=6). Vários entrevistados transmitem que a intervenção junto de quem não a deseja, designadamente em situações em que se suspeita de um quadro demencial ou em situações de insalubridade é particularmente difícil e morosa.

“(...) há o rumor dos vizinhos que dizem: ‘Meu Deus, eu sei que ele já não tem água’ - por exemplo, do condomínio – ‘eu sei que ele já não tem água há não sei quantos meses. Eu vejo-o ir buscar água.’ Mas são pessoas que às vezes nem com os vizinhos falam. Pronto, e nós nessas situações, a única coisa que nos resta fazer é ir tocar de vez em quando, sempre que andamos a fazer visita pela zona, vamos tocar, vamos tentar falar. Às vezes somos quase escorraçadas.”(e4)

Quer a burocracia (n=4), quer o custo das respostas (n=4) são identificadas por quatro entrevistados também como constrangimentos nas medidas de política.

“(...) a burocracia. (...) às vezes nós sinalizamos uma situação, mas depois a diretora técnica tem de comunicar ao superior, que tem de comunicar ao superior, e às vezes mais acima ainda, e a gente fica à espera, e o utente fica à espera... (...)A questão do consentimento, da adesão, ou mesmo um caso mais prático: tem de haver comunicação entre as entidades, mandar e-mail, e isto, e aquilo, em vez de se ir logo, pegar na pessoa e levar para onde ela precisa. Primeiro vai-se lá, trata-se da pessoa, faz-se o que é preciso, e depois comunica-se, depois fala-se. E fazer diagnósticos, e fazer o plano, e fazer não sei o quê, e depois envia para o superior, e o superior é que vai autorizar... e quando vemos, aquela intervenção já não faz sentido. Ou já morreu, ou já melhorou, ou já piorou. Se melhorar ainda vá que não vá. Mas muitas vezes a situação já piorou, ou já não há o que fazer.” (e11)

Quatro entrevistados, quando questionados sobre esta questão referem que em Lisboa há um nível de apoio maior (n=4) comparativamente com o resto do país devido à existência da SCML.

“A SCML tem aqui esta benesse para as pessoas da cidade, que se formos para os concelhos lá fora, isto já não existe, e isso era outra questão. Por que é que só as pessoas da cidade de Lisboa, e não a nível nacional, é que têm direito a este apoio [comparticipação de ERPI em entidades lucrativas e de cuidadores privados], mas enfim.”(e7)

Há um conjunto de respostas que se prendem com a desadequação dos horários e funcionamento das respostas tipificadas, quer de SAD (n=3), quer de Centro de Dia (n=3).

“No apoio domiciliário ainda, a necessidade que sentimos muito, diariamente, é as IPSS terem serviços de apoio domiciliário com um horário alargado e funcionarem ao fim de semana. Porque só isso já ajudaria imenso para as pessoas poderem... porque muitas das situações das pessoas que não ficam em casa é

exatamente porque estas respostas não respondem às necessidades das pessoas. Não respondem porque não têm um horário alargado. Porque muitas delas a questão da alimentação, o que fazem é deixar a alimentação em casa da pessoa e não é apoiar efetivamente na alimentação, não é? E para muitas das pessoas, muitos idosos, o facto de deixarem a alimentação só não chega. Tem de estar lá alguém porque se não, não comem, não é? E portanto deparamo-nos com esta dificuldade.” (e6)

O mesmo número de entrevistados (três) aponta como limitação/ constrangimento as barreiras arquitetónicas na habitação (n=3), a insuficiência do n.º de vagas (n=3) “Bom, basicamente é isto: não há vagas. Mesmo nos cuidados continuados, não há vagas”(e12), a falta de formação de quem cuida de pessoas em situação de dependência (técnicos, cuidadores formais e informais) (n=3) e a morosidade na resposta (n=3) “(...) o tempo da pessoa nunca é igual ao tempo dos serviços”(e10).

Dois entrevistados referem ainda a desresponsabilização das famílias (n=2):

“(...) as famílias querem descartar-se. Vou usar o termo descartar porque é verdade, infelizmente, as famílias não se querem responsabilizar por pessoas mais idosas e vêm aqui para descartar-se do pai ou da mãe, quando os idosos não têm critérios para ir para lar. Ah... e até porque ninguém pode obrigar um idoso a ir para lar se a pessoa não quiser. E as famílias não têm noção.”(e9)

“(...)a responsabilização dos familiares. A responsabilização. Às vezes os familiares quase que se demitem desta responsabilidade. (...) Sabem qual é [o seu papel] mas não o querem.”(e10)

Dois entrevistados (n=2) identificam o encaminhamento para as respostas com base em critérios económicos (n=2), aqui mencionando especificamente que há uma resistência dos serviços da SCML em encaminhar para ERPI por ser uma resposta cara e que muitas vezes os utentes/ beneficiários não conseguem participar, colocando o peso financeiro do lado da SCML.

“Eu vou falar de uma questão que é delicada. Pessoas com aquela faixa etária que ainda não têm 66 anos, ainda não tem idade para entrar no lar, de acordo com as

orientações, têm de ficar no atendimento de ação social, não podem passar para o PILAR, logo, o orçamento [para comparticipação da mensalidade de ERPI] sai da direção onde a pessoa está a ser acompanhada. Isso em termos de orçamento é pesado. Portanto, não se quer.”(e12)

Com apenas uma resposta surge: critérios exigentes para comparticipação de cuidador formal (n=1), legislação desatualizada (n=1), supervisão/ fiscalização insuficiente (n=1) e pessoa indocumentada (n=1).

1.5 Vantagens e benefícios das políticas sociais para a dependência

Os entrevistados revelaram alguma dificuldade em identificar vantagens e benefícios das políticas sociais, contrariamente à questão dos limites/ constrangimentos em que a maioria falou longamente e muitas vezes apresentaram até situações concretas de pessoas em situação de dependência para exemplificar melhor algumas das limitações que sentem no seu quotidiano de trabalho.

O aspeto mais referido como uma vantagem/ benefício é a intervenção da SCML na cidade Lisboa (n=4), aspeto ligado com as respostas na questão dos limites constrangimentos identificados nas políticas públicas de apoio às pessoas em situação de dependência, onde há entrevistados que já referem a sua perceção de que o nível de apoio a pessoas em situação de dependência é maior do que no resto do país. Ao longo das entrevistas vão falando da capacidade desta entidade ter respostas próprias que se destinam a residentes na cidade de Lisboa (SAD, Centros de Dia, ERPI, etc.) bem como da capacidade que têm de apoiar (diríamos já quase que como resposta tipificada) a comparticipação de cuidador no domicílio.

“A SCML tem um papel fundamental aqui na intervenção da cidade de Lisboa. Eu costumo dizer, se não fosse a SCML eu não sei o que é que seria.”(e6)

A Misericórdia funciona bem... enquanto instituição. Deveríamos ter mais mas, dentro do que tem: lares, serviço de apoio domiciliário, equipas – a equipa de apoio a idosos tem formação específica, investem... não agora, mas quando se iniciou o projeto investiram em formação, trabalhar com públicos vulneráveis,

trabalhar com públicos difíceis, trabalhar com perfis agressivos, pronto.(...) a Misericórdia está aqui um bocadinho na vanguarda...”(e8)

A segunda categoria mais referida como uma vantagem é o sentimento de que há maior articulação entre os diferentes serviços (n=3), seguida da qualidade dos profissionais (n=2).

“Nós temos técnicos especializados que ajudam bastante. Por exemplo, um aspeto positivo daquela situação que lhe falei há pouco: olhe, se eu não tivesse uma colega no hospital tão preocupada, tão competente também, não é? Porque ela foi competente. Ela juntou-se a mim, no meio do drama, eu não conseguiria... Não conseguiria. Temos técnicos bons. Temos técnicos muito bons. Funcionamos bem na multidisciplinariedade.”(e13)

É curioso que algumas das pessoas que tenham referido com vantagem/ benefício a articulação entre serviços tenha num ou noutro momento da entrevista expressado o desagrado pela forma como os serviços de saúde pressionam o serviço de atendimento de ação social para a colocação das pessoas em respostas sociais. Apenas com uma resposta aparecem as categorias: Criação de novas respostas (n=1), Criatividade dos técnicos (n=1), Legislação (n=1), Novos modelos de intervenção (n=1), Prestação de cuidados de saúde no domicílio (n=1), Projeto autárquico próprio (n=1), Proximidade (n=1), Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados (n=1), Subsistema de saúde/comparticipação em SAD e ERPI (n=1) e Teleassistência(n=1).

Em resumo, na questão das vantagens/ benefícios não só os entrevistados identificam menos aspetos, como há uma menor concentração de respostas por categoria.

1.6 A Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados

A Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados, dada a sua natureza de medida de política explicitamente dirigida à dependência e já com alguns anos de implementação, foi referida por alguns entrevistados. Todavia, e considerando a sua importância perguntou-se diretamente às três pessoas que não a mencionaram se

conheciam esta medida de política para a dependência. Todas as pessoas declararam conhecê-la, quer diretamente (intervieram em situações de pessoas que foram integradas ou que tinham passado pela RNCCI) ou indiretamente (sabem que existe mas nunca tiveram situações em que tivesse havido algum contacto com esta medida de política).

Muitos entrevistados transmitem as suas perceções sobre a RNCCI, sobretudo para identificar limitações ou constrangimentos: o período máximo de internamento é insuficiente (n=5), morosidade na resposta (n=4):

“Porque é muito pouco tempo. Atualmente as pessoas estão lá um mês. Os cuidados paliativos não são só na fase agónica e na fase final de vida, não é? Mas isto vai completamente contra aquilo que é a filosofia dos cuidados paliativos e aquilo que depois acaba por ser transmitido às famílias durante um processo em que já estão a ser acompanhados pela parte da oncologia ou pela parte do psiquiatra e onde a pessoa já está realmente numa fase terminal.”(e7)

“Ah, sim, talvez, mas demora muito tempo, há “Ah, para Média Duração não pode ficar aqui: são meses de lista de espera, a Longa Duração nem se fala. Paliativos é preciso estar a morrer”. Pronto, isto é o feedback que nós vamos tendo do próprio hospital.” (e8)

“Mas olha, vai demorar dois, três ou quatro meses para ela ser integrada.” Faz-me muita confusão (...) a pessoa estar à espera não sei quantos meses.” (e9)

Também identificam como dificuldade UCCI distantes da residência da pessoa (n=1), situações que beneficiariam de internamento na RNCCI não referenciadas (n=2), custo do internamento em UCCI (n=1), n.º insuficiente de vagas (n=1), falta de acompanhamento psicológico (n=1).

A categoria que mais surge, todavia, decorre da necessidade de acompanhamento de situações no pós-alta das UCCI (n=9).

“Muitas vezes as pessoas estão nas unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados e depois o pós-alta, se residirem em Lisboa, e se a família alega que

não tem condições para definir o plano pós-alta, seja integração em ERPI, seja regresso a casa com apoio de cuidadora, seja um simples apoio domiciliário, centro de dia, etc, sinalizam à Misericórdia.” (e8)

O último relatório sobre a RNCCI, referente ao ano de 2017 (ACSS, 2018) mostram que, a nível nacional, 75% das altas da RNCCI em internamento foram para o domicílio e que em 73% destas altas para o domicílio foi registada necessidade de suporte. O mesmo documento indica que 10% dos utentes tiveram alta para respostas sociais. Seria importante perceber melhor que tipo de suporte necessitam bem como as respostas sociais em que as pessoas são integradas após as altas das UCCI. Gomes (2013), Ramos (2013) e Oliveira (2016), para mencionar algumas investigadoras, abordam a situação da alta após internamento em RNCCI e falam desta questão da articulação com os serviços da comunidade para garantir a continuidade de cuidados, coincidindo com a informação dos nove entrevistados que mencionam esta questão: a da articulação com a UCCI para definir o plano pós-alta, normalmente para encaminhamento para respostas sociais tipificadas: ERPI, SAD, Centro de Dia. Aqui, os entrevistados mencionam o cuidador no domicílio, o que poderá ser uma resposta específica da cidade de Lisboa.

Cinco entrevistados referem também que conhecem a RNCCI na sua tipologia para descanso do cuidador: “Nós indicamos muitas vezes, a muitos familiares que vêm solicitar informação, e indicamos muitas vezes para ir ao centro de saúde. A maior parte delas é mesmo para descanso do cuidador (n=5).

Um entrevistado refere que o procuram para dar conta de como decorreu o internamento em UCCI (n=1):

“Temos muitas pessoas que vêm zangadas porque acham que foram mal cuidadas, porque não existe pessoal, porque fazem muito pouca reabilitação. E depois temos pessoas que dizem exatamente o contrário. Inclusivamente das mesmas unidades, dizem que não, que correu muito bem, que tiveram um acompanhamento excelente. Temos aqui um bocadinho de tudo.” (e7)

Apenas um entrevistado refere saber da existência da RNCCI, mas no trabalho que desenvolve não tem contacto porque as questões relacionadas com a RNCCI são tratadas pelo Gabinete de Saúde (n=1).

1.7 Posicionamento *state-agent/ citizen-agent*

A teoria diz-nos que os SLB podem ter um posicionamento mais do tipo *state-agent* ou *citizen-agent* (Maynard-Moody & Musheno, 2000), tendo-se colocado aos entrevistados a questão: “No trabalho que desenvolve, sente que é mais importante o cumprimento das orientações legais e institucionais, ou responder às necessidades das pessoas?”

A maioria dos entrevistados (n=7) declara que o mais importante é responder às necessidades das pessoas.

“Responder às necessidades das pessoas, sim, sim. Até porque, acontece muito... nós na nossa equipa andamos sempre a mil, todos dias, todas as semanas, e depois temos muita burocracia, não é? Há muita coisa no registo, há muita coisa em papelada. E depois, e isto acontece, nós não damos prioridade ao que é papel, ao que é registo. Nós damos prioridade à intervenção. Depois quando houver tempo fazemos então os registos e tratamos da papelada. Claro que depois disso aqui a nível institucional também é um problema, mas nós damos sempre prioridade às necessidades das pessoas, sem dúvida.”(e9)

“Eu muitas vezes chego a ignorar leis, chego a ignorar normas e regras para tentar melhor a vida ou a situação de alguém. Até hoje isso ainda não me trouxe nenhum problema, mas...” (e11)

Dois entrevistados (n=2) começam por responder que o mais importante são as necessidades das pessoas, mas no decorrer da resposta revelam alguma ambivalência/ um certo dilema:

“(...) de alguma forma era responder às necessidades das pessoas, que isso era o mais importante. Mas depois temos a outra parte, que não podemos ultrapassar aqui as nossas orientações. E pronto, muitas delas depois não é fácil gerir aqui esta

questão. Temos de responder às necessidades das pessoas e até com alguma rapidez e temos de resolver situações de emergência, e às vezes não conseguimos ultrapassar os procedimentos. Precisamos disto, ou daquilo, ou do outro. Portanto, e temos de reunir aqui uma série de documentação e temos de perceber... e muitas situações não se compadecem com estas orientações e estas normas que temos de cumprir, legais. Normas legais. E pronto, depois isto também tem um bocadinho a ver com as chefias, não é?. Nem todas as chefias depois... há umas que temos de cumprir ali à risca, exatamente. Dependendo da pessoa pode haver mais margem ou não. Há pessoas que não assumem, de todo, não assumem – se não tivermos as coisas que temos de ter, não conseguimos avançar com o processo. E há outras que até são mais permeáveis e que se consegue de facto resolver aqui situações. Se não tivermos o papel x, y ou z. (...) Mas sim, acho que de facto responder às necessidades das pessoas é uma prioridade, não é? Mas também percebo que de facto tem de haver aqui... temos de cumprir orientações, não é? Não podemos ultrapassar aqui algumas coisas. Mas às vezes sinto que poderíamos de facto aqui ultrapassar algumas coisas e..., no fundo em prol das pessoas, e de agilizar o processo todo. Mas... são fases, são fases...”(e6)

Quatro entrevistados (n=4) indicam que é tão importante responder às necessidades das pessoas como cumprir as orientações legais e institucionais.

“Acho que tem de haver um equilíbrio entre os dois, não dá para fazer uma coisa sem a outra. (...) Pensar fora da caixa, mas para isso – ou seja, toda a resposta à necessidade da pessoa e para mim isso é super importante, mas eu tenho de cumprir os formalismos porque se eu lhes der cumprimento, eu não consigo avançar com as propostas de apoio. Há documentos que nós temos de ter. Mas, sempre que é possível eu avanço com a resposta imediata e depois tento apanhar os cacos quando às vezes... lá está, isto não é sempre só de uma maneira.”(e5)

De referir que nenhum entrevistado declarou ser mais importante o cumprimento das orientações legais e institucionais. Pinto (2011:303) diz-nos que:

“Do ponto de vista da definição profissional, é esperado que o trabalhador social seja um aliado do cliente e não um mero executor de medidas organizacionais ou gestor de recursos, isto é, a resposta social não deverá ser pensada apenas em termos da organização, seus recursos e dinâmicas, mas sim deverá ser orientada pela necessidade em causa.”

Esta definição pode explicar a razão da ausência de respostas do tipo *state-agent*, no sentido que os entrevistados consideram que é esperado que sejam aliados do cliente, embora depois este posicionamento possa não se refletir nas suas práticas profissionais.

1.8 Os conflitos entre o interesse da organização e os interesses das pessoas em situação de dependência

Procurou também conhecer-se como é feita a gestão das situações em que existiu um conflito entre o interesse da organização e os interesses das pessoas em situação de dependência. Dois entrevistados declararam nunca ter vivido uma situação de conflito: “Assim de repente não me lembro, não”(e9); “Nunca me aconteceu”(e10).

Os restantes onze entrevistados relataram experiências de conflito e as formas como geriram a situação.

A categoria mais referida é a prática de *Advocacy* (n=5) e explicitada nos termos da definição que nos é dada por Pinto (2011, p. 60): “a representação e defesa do cliente junto das instituições públicas e sociais, e da sociedade em geral.”

“Não vale a pena estarmos a enganar-nos uns aos outros e numa situação dessas o que eu digo é: “Olhe, eu acho que a resposta para si era esta, mas é uma resposta que não estamos habituados a disponibilizar, nem sei se é possível... nem sei se é possível. Pronto. E portanto o que vamos fazer é: eu vou avaliar, vou reunir com a Direção, vou tentar perceber se é possível ou não sendo possível que outra mais semelhante poderemos encontrar, e informo. E é isto.” (e4)

“(...)há pouco tempo tive aqui um embate. (...) Era uma situação de uma pessoa que está em lar, uma doente psiquiátrica com 70 anos e está num lar que não está

nas listagens do programa PILAR. Portanto a senhora está numa vaga de uma instituição que nem sequer está na lista. (...) e eu fui fazer uma proposta de apoio para ela continuar lá até o filho, que também é doente psiquiátrico, ter tempo de encontrar uma vaga na lista.(...) E senti-me um bocadinho incompreendida. Chegar lá e dizer: eu com este filho, que tem isto e isto e isto.... E diz a outra pessoa: “E então? Ela tem uma vaga em [num concelho a mais de 80km].” E eu disse: “Desculpe, eu não vou por esta idosa, não vou.”(e5)

Resignação é a forma como três dos entrevistados (n=3) dizem lidar com estas situações de conflito:

“Agora, aconteceu-me numa equipa em que eu estava e tinha muitas, muitas discussões com a minha coordenadora. Mas ela era coordenadora e chegou-me a dizer coisas do género: “Quem manda aqui sou eu.” (...) Quando chegamos a esta fase, ok. Então pronto, então manda. Então mandas e eu faço, tudo bem. Porque eu já disse qual é o meu ponto de vista e acho que para esse utente isso não é benéfico. Mas neste momento respeito, és a minha coordenadora, eu respeito e vou fazer. E faço. Mas, luto até ao fim, até não poder mais (risos).” (e5)

“Quando é alguém que é superior, se é a tua chefia que diz que não, é acatar e pronto. E gerir a frustração... e todas as emoções que daí decorrem e tentar ir então por aquilo que me é sugerido pela chefia.” (e12)

Também três entrevistados (n=3) refere que a estratégia escolhida é sair da organização com quem se está em conflito (n=3).

“Se não conseguimos fazer isso no trabalho onde estamos, é melhor mudar mesmo. Porque depois não conseguimos gerir, não é? Como é que se gere isto? Como é que eu estou ali supostamente para melhorar o nível de vida daquela pessoa e não consigo as coisas básicas? Não consigo que ela tenha uma refeição todos os dias ou não consigo - e já trabalhei nesse contexto - não conseguir que façam uma higiene por dia...então o que é que eu estou ali a fazer? Se não conseguir combater isto, depois de muitas discussões e conflitos, não é? se não conseguir, tenho de sair.” (e4)

Dois entrevistados referem que já foram contra regras e procedimentos (n=2) por considerarem que a situação o impunha.

“É que eu sinto que demora tudo tempo demais e eu às vezes passo à frente. Tento... mesmo apoios financeiros e fundo de maneo, eu sou mais de avançar e logo se vê. (...) Eu geri achando sempre que tinha feito o melhor pela pessoa. Nós estamos aqui é pelas pessoas. Não é pelos votos, não é pelo dinheiro, não é pelas regras.... Bom, pelas regras é, mas às vezes tem de existir bom senso para ver se as regras fazem sentido naquela situação. (...) Eu defendi isso. Expliquei dessa forma. Não tinha ninguém para me defender. E consegui dobrar quem precisava dobrar com esse argumento. Só que pronto, tive de dizer que não faria mais e que seria diferente da próxima (risos) mas pronto, consegui dobrar essa situação apelando a isso. Dizendo que era uma questão de bom senso. Que naquela situação, quem estivesse acima ia fazer o mesmo, a não ser que fosse muito, muito, muito, muito... de seguir as regras. Mas na realidade acho que toda a gente com bom senso faria o mesmo que eu fiz.” (e11)

Duas respostas (n=2) vão no sentido de encontrar uma solução alternativa, ainda que não se considere ser a melhor:

“Portanto, uma coisa é às vezes a nossa instituição não ter a resposta e nós: Ok, não tem a resposta, e pegarmos no telefone porque é a forma mais fácil e mais formal, de dizer ao senhor ou à senhora, ou à família: "Olhe, desculpe, mas de facto a nossa legislação não nos permite e o meu acompanhamento termina aqui." Isto é uma possibilidade. A outra possibilidade, que me parece que é muito interessante, e que deve guiar a nossa intervenção, é chamar cá a pessoa, se ela puder cá vir, ou irmos nós ao encontro dela, esclarecê-la que de facto as nossas competências ali terminaram, mas que no entanto, e sabendo que existem respostas ao nível comunitário e ao nível da rede social local, que nós não vamos findar este acompanhamento psicossocial com a família, mas que vamos estar ao lado dela, e vamos descobrir outras respostas na comunidade. E eu creio que muitas vezes nós conseguimos!”(e1)

Dois entrevistados falam de um sentimento de impotência face à arbitrariedade das regras institucionais (n=2), embora não de resignação. Referem que na mesma instituição, dependendo da chefia, as orientações para quem está no terreno diferem. Uma das entrevistadas chega mesmo a indicar que as normas e procedimentos são os mesmos há vários anos (“O regulamento não é revisto desde há doze anos.” e7) mas quem está acima impõe a sua interpretação.

“Mas de facto acontece que, na mesma casa, com uma direção acontece assim, com outra direção já acontece de maneira diferente. Sinto que não há equidade, não é? Sinto que não estamos a trabalhar todos da mesma forma. Isso leva a que as pessoas apareçam cá e que digam... apanhamos muitas situações em que efetivamente nos digam: “mas nem todas as colegas trabalham da mesma forma.... A sua colega não pediu isso tudo(...).” (e6)

Há aqui um reconhecimento da existência da discricionariedade e até de alguma arbitrariedade, mas os entrevistados justificam-na como uma decisão da entidade e não da sua intervenção. São ainda referidas como estratégias apelar à criatividade (n=1) e pedir supervisão/ intervenção (n=1).

2. Discussão dos resultados

Para a discussão de resultados impõe-se fazer algumas considerações éticas. O objetivo geral desta investigação era conhecer a atuação dos *Street-Level Bureaucrats* na implementação das políticas sociais de proteção às pessoas com dependência.

Alguns dos princípios éticos, e a que já aludimos na metodologia, incluem a participação voluntária, mas também evitar que os participantes no estudo sofram qualquer tipo de penalização, represália, consequência adversa decorrentes da participação. Nas entrevistas houve a preocupação de garantir total confidencialidade e anonimato. Isso implicou ter de abdicar não só da publicação da transcrição integral das entrevistas, mas também da partilha de alguns relatos muito ricos, muito exemplificativos, muito profundos. E aqui não houve qualquer dilema: a proteção destas pessoas prevalece.

Relativamente às práticas identificadas na intervenção com pessoas em situação de dependência, a prática mais identificada é o encaminhamento para as respostas tipificadas. Há, todavia, um resultado que se destaca: a comparticipação de cuidador no domicílio pela SCML. Não encontramos estudos que façam referência a esta prática quer em Lisboa, quer no resto do país, e mesmo da consulta aos documentos públicos da SCML que pesquisámos não surge qualquer referência a esta resposta. Alguns entrevistados referem que as regras de cálculo desta comparticipação estão bem definidas, sendo as mesmas que as de comparticipação de mensalidades de ERPI em entidades lucrativas. Tal relato e aparente originalidade desta resposta, a confirmar-se, indicia a existência de uma prática consolidada de apoio à dependência, cujos impactos, potencialidades e fragilidades seria útil investigar.

Outras práticas como: articulação interinstitucional, envolver/responsabilizar a família, encaminhar para prestações sociais, são menos expressivas.

Sendo a Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados uma medida de política explicitamente dirigida à dependência e já com alguns anos de implementação, esta questão foi abordada diretamente. Todos os entrevistados declararam conhecê-la, sendo que a maioria contacta com esta medida em processo de alta das UCCI, o que vai em linha com os relatórios de monitorização e que referem a existência de necessidade de apoio de respostas sociais. Menos referida é o encaminhamento para esta medida de política como forma de intervenção em situações de dependência (é referido sobretudo o encaminhamento para descanso do cuidador). E se por um lado poderia pensar-se que esta falta de encaminhamento se deve ao facto de ser considerada uma resposta que apenas pode ser requerida pelos serviços públicos de saúde, nalgumas respostas percebe-se que quando esses serviços (sobretudo os hospitais) pretendem dar altas hospitalares sem terem realizado essa diligência, alguns entrevistados questionam sobre a referenciação para a RNCCI e fazem alguma pressão para que essa resposta seja ativada antes de serem ativados outros apoios: “às vezes quando vamos avaliar as situações ao hospital, ao hospital, não é? questionamos sempre a assistente social: “Então mas este senhor não tem critérios para ser sinalizado à Rede? Média duração, por exemplo?”(e8).

Pediu-se aos entrevistados para pensarem e identificarem constrangimentos nas medidas de política pública para a dependência. A maioria dos entrevistados falou longamente sobre este aspeto. Ao falarem nas limitações da política pública falam sobretudo das dificuldades que sentem no seu dia-a-dia, na resolução das situações concretas com que se deparam. A latitude de intervenções que a política permitiria (e onde poderíamos encontrar as práticas discricionárias dos SLB) não são reconhecidas nos discursos. Perpassa nos relatos a noção de que as escolhas que fazem na intervenção são impostas não pela sua avaliação/julgamento mas por condicionamentos macro ou meso: insuficiência do número de vagas, respostas desadequadas às necessidades das pessoas, processos burocráticos e morosos, indefinição/incumprimento das competências de cada serviço/ entidade.

Há um outro conjunto de situações em que os entrevistados sentem que não têm poder para intervir: situações em que pessoas em situação de dependência deveriam ter apoio, mas recusam-no. Na sua perspetiva estas situações estão completamente a descoberto e colocam desafios à intervenção que, como partilhado por um entrevistado, são questionáveis do ponto de vista ético:

Ela não queria ir para lar, queria ir para os [nome de instituição], era só aquilo, pronto. Eu chego a casa e a aquilo estava... a senhora já não usava cuecas e fazia as necessidades onde estivesse. (...) Bom, assustador! Eu chego com a colega da Misericórdia e disse-lhe: “Deixa estar que eu resolvo.” Dobrei a folha e disse: “Olhe, nós somos dos [nome de instituição]...” - a senhora não foi para [nome de instituição] porque a lista de espera era mais que muita – “Nós somos dos [nome de instituição]”. Assim que senhora assinou: “Olhe, venha comigo, a senhora vai para [nome de instituição].” Metemo-la na carrinha e foi para um equipamento que a Misericórdia entretanto já tinha ativado e pronto, a senhora achou que tinha ido para os [nome de instituição]. (e11)

Também aqui não nos foi possível encontrar estudos empíricos ou bibliografia sobre a intervenção de trabalhadores sociais sobre práticas de intervenção junto de pessoas que recusam a intervenção. Os estudos que encontramos centram-se sobretudo na questão do internamento compulsivo, da saúde mental, mas sem abordar um dos problemas

mais referidos: as situações que são sinalizadas aos SLB que fazem atendimento de ação social na cidade de Lisboa, que aparentemente caem num “vazio” e para as quais identificam estratégias como ir passando, ir falando com a família, ir conversando, ir tentando ganhar confiança. É notória a insuficiência que sentem nestas estratégias e por isso identificam como o constrangimento a inexistência de uma política pública dirigida a esta questão. O artigo de Almeida & Ribeiro (2012) sobre a revisão sistemática da literatura sobre o Síndrome de Diógenes, um síndrome que eventualmente poderá enquadrar algumas das situações descritas pelos SLB deste estudo, revelam a quase inexistência de investigação sobre este síndrome a nível nacional (apenas foram localizados dois estudos no âmbito da Psiquiatria):

“A Síndrome de Diógenes (SD) constitui uma condição clínica de relevância crescente do ponto de vista social e de saúde pública pelas consequências que a ela estão associadas. Caracteriza-se por uma quebra e rejeição de padrões sociais observados no descuido pessoal e habitacional severo, no abandono progressivo do contacto social, no reduzido *insight* para o problema, bem como no comportamento de acumulação de objetos e lixo. Tendo surgido pela primeira vez a sua designação em 1975, o estudo desta condição tem crescido exponencialmente nos últimos anos, com recurso a diversas designações como *"social breakdown in the elderly"*, *"messy house syndrome"*, *"senile self-neglect"*, *"senile recluse syndrome"* e *"severe domestic squalor"* (Almeida & Ribeiro, 2012, p.90).

Na questão das vantagens e benefícios das políticas sociais, os SLB tiveram grande dificuldade em fazer a sua identificação. O aspeto mais referido é a intervenção específica da SCML na cidade de Lisboa, que tem respostas/ benefícios que decorrem de regulamentos próprios, complementares à política pública. Um estudo interessante seria, de facto, o da comparação entre a resposta da política pública nacional às situações de dependência (e eventualmente de outras) e a da SCML.

A segunda categoria mais referida como uma vantagem é o sentimento de que há maior articulação entre os diferentes serviços, seguida da qualidade dos profissionais, categorias que não são finalidades das medidas de política pública. E com exceção da

Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados, que de acordo com um entrevistado “também fazem um bom trabalho”(e5) não há referências a outras medidas de política.

A teoria diz-nos que os SLB podem ter um posicionamento mais do tipo *state-agent* ou *citizen-agent* (Maynard-Moody & Musheno, 2000), tendo-se colocado aos entrevistados a questão: “No trabalho que desenvolve, sente que é mais importante o cumprimento das orientações legais e institucionais, ou responder às necessidades das pessoas?”

A resposta mais prevalente é a de que o mais importante é responder às necessidades das pessoas e que nesse processo muitas vezes é necessário ignorar/violar leis, deixar de cumprir tarefas que não concorrem para esse objetivo (como trabalho burocrático).

Dois entrevistados começam por responder que o mais importante são as necessidades das pessoas, mas no decorrer da resposta revelam alguma ambivalência/ um certo dilema entre a importância de responder às necessidades das pessoas e a exigência de cumprir a lei e as regras institucionais. Quatro entrevistados declaram que quer o cumprimento das leis quer responder às necessidades das pessoas são igualmente importantes. Todas estas respostas revelam que, na sua perspetiva, o seu posicionamento é tendencialmente *citizen-agent*.

Também relativamente às fontes de conflito, identificam sobretudo situações em que não concordaram com a resposta imposta pela hierarquia, diferente da que consideravam mais adequada à situação. Como resposta, os SLB identificam como principais estratégias processos de advocacy, procurar a soluções para a pessoa em situação de dependência junto de outras entidades, ignorar as orientações, mas também resignar-se e sair da entidade.

Ao falarem das suas práticas, apesar de fazerem referência aos processos envolvidos na intervenção junto de pessoas em situação de dependência, como avaliar a situação, fazer visitas domiciliárias, articular com instituições, analisar as respostas disponíveis, no seu discurso também nunca indiciam práticas de *gatekeeping*. O *gatekeeping* pode ser definido como a possibilidade de, quer ao nível do SLB, quer a outros níveis da conceção e implementação da política, os atores poderem tomar decisões que limitam

ou facilitam o acesso a serviços e a benefícios. E essas decisões, ao nível dos SLB, podem ser condicionadas por mecanismos de *coping* que podem levar que exista maior acesso a serviços e benefícios não a quem deles mais necessitaria, mas aos requerentes mais vocais, mais persistentes, mais conhecedores do funcionamento das instituições e com maiores habilitações (Wright, 2003).

Como já referimos, este posicionamento *citizen-agent* pode dever-se ao entendimento dos próprios SLB que deverão ser aliados dos cidadãos, dos públicos com quem trabalham (Pinto, 2011). Ainda assim, Maynard-Moody & Musheno (2012), referem que mesmo os padrões de discricionariedade muitas vezes correspondem à cultura institucional e no fundo contribuem para que seja a perspectiva *state-agent* aquela de que *facto* impera. Para estes autores, quando se aprofunda padrões de discricionariedade junto de SLB com funções semelhantes e na mesma entidade, percebe-se que as práticas discricionárias estão de alguma forma instituídas e hierarquicamente autorizadas. Até porque a discricionariedade é, em si mesma, incontornável: se a lei é geral e abstrata, e se é necessário que as regras sejam aplicadas aos casos concreto, tal pressupõe sempre interpretações e escolhas. O que estes autores defendem é que essas decisões acontecem sempre dentro dos parâmetros de uma estrutura de regras institucionais (Brown, 2017).

Para estes autores, algumas das diferenças nas atuações dos SLB que correspondem à sua esfera individual são mais explicadas por crenças pessoais, convicções políticas e morais e a criação de categorias decorrentes da sua experiência profissional: por exemplo, dependendo do seu perfil, podem ter um discurso que sanciona mulheres com filhos de vários relacionamentos, ou desvalorizar pequenos incumprimentos se lhes parece que aquela pessoa em concreto tem condições para ser bem-sucedida, ou penalizar os mesmos incumprimentos se lhes parece que a pessoa é “incumpridora”.

Uma das estratégias para minorar efeitos adversos das práticas dos SLB, bem como para ultrapassar dificuldades sentidas é a existência de processos de supervisão (Núncio, 2010; Esgaio, 2018) A supervisão pode ser entendida como “um espaço de relação entre profissionais, que compreende elementos de pedagogia, de formação, de controlo e de avaliação” (Núncio, 2010, p.146).

Há um entrevistado que fala da necessidade que sente de supervisão: “Já falámos com a coordenação no sentido de voltarmos a ter supervisão. Ou intervisão. Que não temos há dois anos”(e7).

CONCLUSÃO

As situações de dependência têm grande impacto nas vidas das pessoas que a sofrem, na estrutura familiar, nos serviços de apoio e de saúde. Não se sabe exatamente quantas pessoas estão em situação de dependência, mas é expectável que este número, por via do envelhecimento da população, venha a crescer.

Há o reconhecimento de que a dependência deve ser objeto da política social. As políticas sociais estão em estreita articulação com o reconhecimento de direitos sociais, que podem ser definidos como “processos de atribuição de determinadas condições sociais que contribuem para modificação do estatuto social dos indivíduos inseridos num contexto de desigualdades sociais” (Mozzicafreddo, 1997, p.181). As políticas sociais são os instrumentos da sua concretização, cabendo ao Estado um “papel fundamental e primordial nesse processo” (Carvalho, 2015, p.164).

Nessa medida, a política social é também política pública tem vindo a definir um conjunto de medidas para a questão da dependência e nos processos de implementação intervêm vários atores, sendo que no presente estudo nos interessou os *Street-Level Bureaucrats*, aqueles que estão ao nível do terreno, na intervenção direta e pessoal. Esta definição de SLB poderia incluir profissionais em diferentes funções. A este estudo interessou apenas os SLB que realizam atendimento de ação social já que os cidadãos muitas vezes se dirigem a estes profissionais quando existem situações de dependência. Por razões de distanciamento com a investigadora, não foram incluídos no estudo profissionais que trabalhem em centros de saúde e hospitais.

O objetivo geral deste trabalho era conhecer a implementação das políticas públicas de proteção às pessoas com dependência pelos profissionais de atendimento de ação social (“*Street-Level Bureaucrats*”) da cidade de Lisboa. A circunscrição à cidade de Lisboa deve-se à particularidade da ação social (e consequentemente do atendimento de ação social), decorrente da existência de um protocolo com o ISS/IP, ser da responsabilidade da SCML.

Através das entrevistas realizadas foi possível identificar processos de intervenção junto de pessoas em situação de dependência, quer com os próprios, quer com as famílias,

quer com outras instituições. Relativamente às respostas sociais, para além das tipificadas e legalmente enquadradas, foi possível identificar uma outra resposta: a de comparticipação de cuidador no domicílio por parte da SCML.

Os SBL tendem a apresentar-se como *citizen-agent*, ou seja, cuja intervenção é baseada no que julgam melhor para o cidadão-cliente e não propriamente no cumprimento de normativos legais e institucionais.

As questões da implementação da política pública são complexas envolvem uma multiplicidade de atores, com diferentes níveis de poder e de decisão. Os mecanismos ao nível dos serviços de *frontline* como o atendimento de ação social, são fortemente influenciados e condicionados por contingências de todos os níveis do sistema de implementação (Høiland, 2018). Nos discursos dos entrevistados desta pesquisa são várias as referências a imposições/ diretrizes de coordenações/chefias. O facto de se ter definido como grupo-alvo os SLB, não incluindo neste estudo a perspetiva destes profissionais pode estar (e muito provavelmente estará) a deixar de fora informação que contribuiria para conhecer melhor a intervenção dos SLB (Evans, 2011). Ainda assim, o cariz deste estudo é exploratório e nesse sentido consideramos que atingiu o objetivo a que nos propusemos e este foco nos mecanismos mais ao nível macro e meso pode ser uma linha de futuras investigações.

Uma outra limitação do estudo é não permitir perceber se a entidade pública a que os SLB pertencem origina práticas distintivas na intervenção junto de pessoas em situação de dependência. Alguns dos entrevistados referem uma tensão entre serviços (serviços de saúde/SCML). Explorar estes “conflitos”, explicitar motivos, estratégias, formas de comunicação e de articulação, expectativas relativamente ao que é esperado por parte de cada entidade, seria também, na nossa perspetiva, uma linha de investigação interessante.

Este estudo não incluiu a observação direta da interação com os SLB com as pessoas em situação de dependência, pelo que não permite a confirmação da correspondência entre os discursos e as práticas.

Uma outra questão que previsivelmente terá forte impacto na dependência e na política que lhe é dirigida é o Estatuto do Cuidador. O conjunto de medidas previstas para apoiar cuidadores informais de pessoas em situação de dependência poderá produzir reconfigurações nas políticas já existentes e inevitavelmente na intervenção dos SLB.

Concluimos este trabalho esperando que a presente pesquisa contribua para a discussão sobre este tema e que possa alimentar a curiosidade para novas investigações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS (2013). Implementação e Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) – Conclusões. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Implementacao_Monitorizacao_RNCCI_Relatorio_Final_marco-2013_Concl.pdf
- ACSS (2016), *Relatório de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de 2016*. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/RNCCI-Relatorio-Monitorizacao-Anual-2016.pdf>
- ACSS (2017), *Relatório de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de 2017*. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relat%C3%B3rio%20de%20Monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20Anual%20da%20RNCCI%202017.pdf>
- ACSS (2018) Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 1º SEMESTRE. <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio-1-semester-18-vFINAL-v2.pdf>
- Almeida, R., & Ribeiro, Os. (2012). Síndrome de Diógenes: revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(1), 89-99. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.03.004>
- Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de saúde pública*. 25. 59-66.
- Araújo, L. & Rodrigues, M. (2017), Modelos de Análise das Políticas Públicas, *Sociologia, Problemas e Práticas*, n.º 83, pp. 11-35.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: EDIÇÕES 70.
- Bilhim, J. (2016). Políticas Públicas e Agenda Política. *Valorizar a Tradição: Orações de sapiência do ISCSP*. 82 - 103. Lisboa: ISCSP.

- Brown, P. (2017). Bureaucrats behaving badly - using administrative traditions to legitimise adherence to old ways. *3rd International Conference on Public Policy (ICPP3)*. University of Queensland, Australia. Disponível em <https://www.ippapublicpolicy.org//file/paper/5927a3a08b8c7.pdf>
- Caeiro, J. (2010). *Política social e estado providência* [PDF]. Lisboa: Universidade Lusíada. Disponível em <http://files.joaquim-croca-caeiro.webnode.pt/200000012-2b3be2c3a8/RELAT%C3%93RIO.pdf>
- Câmara, S. (2018). Portugal: Um país em extinção?! *Cadernos de Economia, Jan-Mar*, 122, 9-12.
- Carmo, H. (Coord.) (2001). *Problemas Sociais Contemporâneos*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carmo, H. (Coord.) (2011). *Teoria da política social (Um olhar da Ciência Política)*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Carmo, H., & Ferreira, M. (1998), *Metodologia da investigação: guia para a autoaprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carvalho, M. (2009). Os cuidados familiares prestados às pessoas idosas em situação de dependência: características do apoio informal familiar em Portugal. *Revista Kairós*. São Paulo, 12(1), pp. 77-96. Disponível em <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/2781/1816>
- Carvalho, M. (2015). Cuidados Familiares Prestados a Pessoas Idosas. In M. Carvalho (Coord.), *Serviço Social com Famílias* (pp. 239-250). Lisboa: Pactor.
- Cline, K. (2000). Defining the Implementation Problem: Organizational Management versus Cooperation. *Journal of Public Administration Research and Theory* (3), 551-572. Disponível em <https://pdfs.semanticscholar.org/6c2d/c9a85191fdb46c37171d8d67b5e21b41d302.pdf>
- Coutinho, C. (2014). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.

- DeLeon, P., & DeLeon, L. (2002). What ever happened to policy implementation? an alternative approach. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 12(4), 467. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.jpart.a003544>
- Dias, E., Duarte, Y., Almeida, M., Lebrão, M. (2014). Caracterização das atividades avançadas de vida diária (AAVDS): Um estudo de revisão. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. V. 25 N. 3, 225-232. Disponível em <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v25i3p225-232>
- Duhant, V. (2017). Creaming practices at the frontline of welfare-to-work policies: An exploration of social workers' autonomy in a social assistance organisation in Belgium. *3rd International Conference on Public Policy (ICPP3)*. Disponível <https://www.ippapublicpolicy.org//file/paper/59318ce04c0ed.pdf>
- Esgaio, A. (2018). A responsabilidade social e a redescoberta da solidariedade: Perceções de dirigentes e de profissionais de Serviço Social no contexto da economia social e solidária. (Tese de doutoramento não publicada). Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Evans, T. (2011) Professionals, Managers and Discretion: Critiquing Street-Level Bureaucracy. *British Journal of Social Work* (2011) 41, 368–386. Disponível em <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcq074>
- Fernandes, A. (2001). Velhice, solidariedades familiares e política social. *Sociologia Problemas e Práticas* n.º 36, 39-52.
- Fontes, F. (2009). Pessoas com deficiência e políticas sociais em Portugal: Da caridade à cidadania social. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 86: 73-93.
- Fortin, M-F. (1999). *O Processo de investigação*. Loures:LUSODIDACTA.
- Fortin, M-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures:LUSODIDACTA.
- Friedberg, E. (1993). *Le pouvoir et la règle*. Paris: Seuil

- Gomes, V. (2013). *O planeamento das altas em unidades de cuidados continuados de longa duração e manutenção – Um estudo de caso na unidade “Naturidade Rio Maior”*. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.
- GEP & MTSS (2017). *Carta social – rede de serviços e equipamentos 2017*. Disponível em <http://cartasocial.pt/pdf/csocal2017.pdf>
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (2001). *O inquérito. Teoria e Prática*. Oeiras: Celta.
- Gilson, L. (2015). *Michael Lipsky, ‘Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Service’*. In: Balla, S.; Lodge, M.; Page, E. (eds.) *The Oxford handbook of classics in public policy and administration*. Oxford University Press, Oxford, United Kingdom. Disponível em <http://researchonline.lshtm.ac.uk/2305355/>
- Guerra, I. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo. Sentidos e formas de uso*. Cascais: Príncipia.
- Høiland, G. (2018). *Frontline policy implementation in public organizations A sociological analysis of the ‘how and why’ of implementation gaps*. Thesis submitted in fulfillment of the requirements for degree of PHILOSOPHIAE DOCTOR (PhD). University of Stavanger, Norway: <http://www.researchgate.net/publication/328879965>
- Hupe, P. & Hill, M. (2007). *Street-Level Bureaucracy and Public Accountability*. *Public Administration* Vol. 85, N. 2, 279–299.
- Imaginário, C., Machado, P., Rocha, M., Antunes, C. & Martins, T. (2017). *Atividades de vida diária como preditores do estado cognitivo em idosos institucionalizados*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (18), 37-43. <https://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0190>
- Instituto Nacional de Estatística, IP (2012). *Saúde e Incapacidades em Portugal 2011*, Lisboa.
- INS (2007). *4.º Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*, Observatório Nacional de Saúde, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e Instituto Nacional da Estatística, Lisboa.

- ISS, I.P. (2014). *Guia Prático – Atendimento de Ação Social*. Disponível em www.seg-social.pt
- ISS, I.P. (2019). *Guia Prático - Complemento por Dependência*. Disponível em www.seg-social.pt
- ISS, I.P. (2019a). *Guia Prático – Subsídio por Assistência de Terceira Pessoa*. Disponível em www.seg-social.pt
- Joël, M., Dufour-Kippelen, S. & Samitca, S. (2010) S. Long-Term care in Portugal: Some elements of context. *ENEPRI Research Report n.º 84. Contribution to WP1 of the ancient project*. Disponível em <http://www.ancien-longtermcare.eu/node/27>
- Martins, B. (2016). Deficiência, política e direitos sociais. *JURIS*, V. 26, 169-187. 2016. <http://hdl.handle.net/10316/34070>
- Masters, N., Lindhorst, T., Meyers, M. (2014). Jezebel at the Welfare Office: How Racialized Stereotypes of Poor Women's Reproductive Decisions and Relationships Shape Policy Implementation. *Journal of Poverty* · Disponível em DOI: 10.1080/10875549.2013.833159
- Matland, R. (1995). Synthesizing the implementation literature: The ambiguity-conflict model of policy implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 5(2), 145-174. <http://www.jstor.org/stable/1181674> .
- May, P & Winter, S. (2013). Politicians, Managers, and Street-Level Bureaucrats: Influences on Policy Implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory* (19), 453–476. Disponível em <http://jpart.oxfordjournals.org/>
- Maynard-Moody, S., & Musheno, M. (2000). State agent or citizen agent: Two narratives of discretion. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 10(2), 329.
- Maynard-Moody, S., & Musheno, M. (2012). Social Equities and Inequities in Practice: Street-Level Workers as Agents and Pragmatists. *Public Administration Review - Special Issue*, 16-23

- Moreira, C. (1994). *Planeamento e estratégias da investigação social*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Moreira, C. (2007). *Teorias e práticas de investigação*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Mota, L. (2010). *Colaboração inter-organizacional como factor-chave: o caso das Centros Novas Oportunidades do distrito de Lisboa* (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.
- Mouro, H. (2013). Envelhecimento, Políticas de Intervenção e Serviço Social. In M. Carvalho (Coord.), *Serviço Social no Envelhecimento* (pp. 17-34). Lisboa: Pactor.
- Mozzicafreddo, J. (1997). *Estado-Providência e Cidadania em Portugal*. Oeiras, Celta Editora.
- MTSS & GEP (2009). *A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Lisboa: Gabinete de Estratégia e Planeamento-Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
- Nascimento, G. (2015), *Os Cuidados Continuados de Saúde em Portugal: Perspetiva internacional, experiência do paciente na transição e sobrecarga dos cuidadores informais*. Tese para obtenção do grau de Doutor. ISCTE, Lisboa.
- Núncio, M. (2010). *Introdução ao Serviço Social: História, Teoria e Métodos*. Lisboa: ISCSP.
- Oliveira, L. (2016). *Contributos do Serviço Social no acolhimento, acompanhamento e preparação da alta de doentes internados em Unidades de Cuidados Continuados Integrados* (Tese de mestrado não publicada). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- OMS (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, de Incapacidade e Saúde*. Lisboa, Direcção-geral de Saúde, I.N.R.

- O'Toole, L. J. (2000). Research on policy implementation: Assessment and prospects. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 10(2), 263-288. Disponível em <https://ris.utwente.nl/ws/portalfiles/portal/7053582/J+Public+Adm+Res+Theory-2000-O%27Toole-263-88.pdf>
- O'Toole Jr.; Laurence J.. 2004. "The Theory-Practice Issue in Policy Implementation Research". *Public Administration*, Vol. 82 (2): 309-329
- Pereira, C., Fonseca, C., Escoval, A. & Lopes, M. (2011). Contributo para a classificação da funcionalidade na população com mais de 65 anos, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(1), 53-63. Recuperado em 14 de setembro de 2019, de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252011000100008&lng=pt&tlng=pt.
- Pereirinha, J. (2007). *Política Social: fundamentos da actuação das políticas públicas*. Universidade Aberta, Lisboa.
- Pinto, C. (2011). *Representações e práticas do Empowerment nos trabalhadores sociais*. (Tese de doutoramento não publicada). Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.
- Pinto, P. (2015). Modelos de abordagem à deficiência: que implicações para as políticas públicas? *Ciências e Políticas Públicas/ Public Sciences & Policies* Vol.I, N.º 1, 174-200. Disponível em <http://capp.iscsp.ulisboa.pt/pt/publicacoes/cienciasepoliticaspublicas>
- Quade, M. (2001). *A implementação de políticas públicas de prevenção da criminalidade: estudo de Caso no Centro Educativo da Bela Vista e no Centro Educativo Padre António de Oliveira*. (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.

Ramos, A. (2013). *A relação entre o Assistente Social e a família do doente crónico numa UMDR/ULDM de cuidados continuados integrados de saúde*. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa, Lisboa.

Reis, F., Pereira, C., Escoval, A. & Reis, F. (2015). Contributo para a classificação da funcionalidade dos utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(1), 84-97. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.02.004>

Rosário, H., Leal, T., Pinto, A. & Simeonsson, R. (2009). Utilidade da classificação internacional da funcionalidade, incapacidade e saúde: versão para crianças e jovens (cif-cj) no contexto da intervenção precoce e da educação especial. *Psicologia*, 23(2), 129-139. <https://dx.doi.org/10.17575/rpsicol.v23i2.332>

Santo, P. (2010). *Introdução à metodologia das ciências sociais*. Génese, fundamentos e problemas. Lisboa: Sílabo.

SCML (2017), Guia Prático do Utilizador da Ação Social. Disponível em www.scml.pt

Teixeira, A. et al. (2017). Medidas de intervenção junto dos cuidadores informais - Documento Enquadrador, Perspetiva Nacional e Internacional (não publicado). Disponível em http://rotass.cnis.pt/biblioteca-digital/outros-estudos-de-ambito-nacional-e-internacional/doc_cuidador_informal_vf-set-2017/

Tummers, L. & Bekkers, V. (2012). Discretion and its effects: Analyzing the experiences of street-level bureaucrats during policy implementation. EGPA Conference, Norway. Disponível em https://www.researchgate.net/profile/Lars_Tummers/publication/254762415_Discretion_and_its_effects_Analyzing_the_experiences_of_street-level_bureaucrats_during_policy_implementation/links/0c96052c04282c8380000000.pdf

Winter, S. (2002). *Explaining Street-Level Bureaucratic Behavior in Social and Regulatory Policies*. Paper prepared for the XIII Research Conference of the Nordic Political Science Association held in Aalborg 15-17 August 2002. Disponível em

<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.197.6703&rep=rep1&type=pdf>

WHO (2002). *Active ageing, a policy framework* [PDF]. Disponível em <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>

WRIGHT, S. (2003). *Confronting Unemployment in a Street-Level Bureaucracy: Jobcentre staff and client perspectives* Thesis submitted for the degree of Doctor of Philosophy Department of Applied Social Science University of Stirling 2003

Legislação:

Decreto do Presidente da República n.º 71/2009, de 30/07

Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho

Lei n.º 38/2004, de 18 de agosto

Portaria n.º 343/2015, de 12 de outubro

Portaria n.º 149/2011 de 8 de Abril

APÊNDICES

ÍNDICE DE APÊNDICES

ÍNDICE DE APÊNDICES.....	93
ÍNDICE DE TABELAS.....	94
LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS.....	95
APÊNDICE A: GUIÃO DA ENTREVISTA.....	96
APÊNDICE B: CONSENTIMENTO INFORMADO.....	98
APÊNDICE C: ENTREVISTAS - TABELAS DE CATEGORIAS E UNIDADES DE REGISTO.....	100

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela n.º 1 – Quadro síntese da formação realizada no âmbito da dependência.....	101
Tabela n.º 2 – Quadro síntese da fonte de informação sobre a dependência.....	102
Tabela n.º 3 – Quadro síntese da intervenção nas situações de dependência.....	103
Tabela n.º 4 – Quadro síntese dos constrangimentos e limitações identificados nas políticas sociais para a dependência.....	109
Tabela n.º 5 – Quadro síntese das vantagens e benefícios políticas sociais para a dependência.....	121
Tabela n.º 6 – Quadro síntese sobre conhecimento da RNCCI.....	124
Tabela n.º 7 – Quadro síntese sobre posicionamento <i>state-agent/citizen-agent</i>	128
Tabela n.º 8 – Quadro síntese sobre situações de conflito entre o interesse da organização e os interesses as pessoas em situação de dependência.....	130

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ADSE	Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado, Instituto Público de Gestão Participada
ERPI	Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SAD	Serviço de Apoio Domiciliário
SCML	Santa Casa da Misericórdia de Lisboa
UCCI	Unidade de Cuidados Continuados e Integrados

APÊNDICE A: GUIÃO DA ENTREVISTA

GUIÃO DE ENTREVISTA

Apresentação da entrevistadora e do estudo, agradecendo a disponibilidade. Solicitar autorização para gravação, que será eliminada após transcrição, garantindo anonimato e confidencialidade.

- 1) Sexo
- 2) Idade
- 3) Há quanto tempo trabalha em atendimento social?
- 4) Qual a sua formação?

Irei fazer algumas perguntas que relacionadas com a dependência. Para efeitos da presente investigação considera-se que «Dependência é a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária» (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho).

- 5) Na instituição em que trabalha ou que já trabalhou, frequentou ações de formação sobre respostas para as pessoas em situação de dependência? Exemplifique. Se não frequentou, considera que tem informação sobre estas respostas?
 - 6) A situação de dependência foi trabalhada no decurso da sua intervenção? Se sim, de que forma? Se não, porquê?
 - 7) Quais os principais constrangimentos/ limitações que identifica nas medidas de política pública para as situações de dependência?
 - 8) Quais as vantagens e benefícios nessas medidas?
- (Se não mencionar a RNCCI, questionar especificamente sobre essa medida de política pública)
- 9) No trabalho que desenvolve, sente que é mais importante o cumprimento das orientações legais e institucionais, ou responder às necessidades das pessoas?
 - 10) Consegue identificar situações em que sentiu que há um conflito entre os interesses da organização em que trabalha ou trabalhou e os interesses das pessoas em situação de dependência? Como procedeu?

Perguntar se estará interessado em receber os resultados da investigação.

Agradecer pelo tempo, participação e contributos.

APÊNDICE B:

CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO

Pedido de Autorização para Recolha de Dados

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se considerar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Exmo(a) Sr(a),

Cláudia Sofia da Cruz Simões, Técnica Superior, a exercer funções no Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Ocidental e Oeiras, vem solicitar a sua participação no seu trabalho de investigação, subordinado ao tema “Políticas públicas para a dependência – conhecê-las ao nível da “*Street-level bureaucracy*” com vista à realização da Dissertação para obtenção do Grau de Mestre, no âmbito do Mestrado de Política Social do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa, sob a orientação da Professora Doutora Carla Pinto.

Este estudo tem como objetivo geral conhecer a implementação das políticas públicas de proteção às pessoas com dependência pelos/as profissionais de atendimento social (“*Street-Level Bureaucrats*”) da cidade de Lisboa.

A sua participação neste estudo consiste na resposta voluntária a um conjunto de questões. As entrevistas poderão ser gravadas em áudio, garantindo-se a destruição da gravação após a realização do estudo. Os dados recolhidos são de uso exclusivo para esta Dissertação de mestrado, garantindo-se o anonimato de todos os participantes, cuja identificação nunca será tornada pública.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela investigadora. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Assinatura do entrevistado: _____

Local da entrevista: _____

Data: ____ / ____ / ____

Investigadora: Cláudia Sofia da Cruz Simões

Contacto: 939011662

Endereço de correio eletrónico: claudiasofiasimoes@gmail.com

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

APÊNDICE C:
ENTREVISTAS – TABELAS DE CATEGORIAS E
UNIDADES DE REGISTO

Tabela n.º 1 – Quadro síntese da formação realizada no âmbito da dependência

Categoria	Unidade de Registo	Total (n)
Cuidados continuados	“Fiz uma dos cuidados continuados (...)” (e13)	1
Demências	<p>“Recordo-me que já fiz alguma formação na área da terceira idade, dos idosos: (...) demências (...)” (e1)</p> <p>“Mais sobre a dependência física e relacionadas com demências, também.” (e10)</p>	2
Dependência física	<p>“(…) cheguei a fazer formação para ajudantes familiares, precisamente para lidarem com idosos com quadro de dependência.” (e8)</p> <p>“Mais sobre a dependência física e relacionadas com demências, também.” (e10)</p> <p>“Quando comecei a trabalhar tive formações para ganhar noções sobre como lidar com pessoas acamadas, com pessoas com algum nível de dependência(…)” (e11)</p>	3
Maus tratos	“Recordo-me que já fiz alguma formação na área da terceira idade, dos idosos: maus tratos, abusos, (...)” (e1)	1
Respostas sociais	<p>“Recordo-me que já fiz alguma formação na área da terceira idade, dos idosos: (...) respostas sociais para idosos... (...) Como tema a dependência está sempre muito inerente à questão da terceira idade, na intervenção com os idosos, portanto.” (e1)</p> <p>“(…)cheguei a fazer formação para ajudantes familiares, precisamente para lidarem com idosos com quadro de dependência. Já participámos em algumas formações também em relação sobretudo à saúde mental.” (e8)</p> <p>“(…) fiz também sobre como dar banho a um idoso,... aquelas coisas que eu achava que para saber mandar, tinha de saber fazer, porque eu estive como diretora técnica de uma instituição nas respostas de centro de dia, serviço de apoio domiciliário e lar.” (e13)</p>	3
Saúde Mental	<p>“Mais a dependência psíquica do que propriamente a física. Portanto, física nem me recordo assim de haver alguma formação que incidisse muito na dependência física, mas psíquica sim, sim” (e6)</p> <p>“(…)Já participámos em algumas formações também em relação sobretudo à saúde mental.” (e8)</p> <p>“Depois também fiz formação sobre pessoas com doença mental. Que também não deixam de ser pessoas dependentes.” (e11)</p>	3

Tabela n.º 2 – Quadro síntese da fonte de informação sobre a dependência

Categoria	Unidade de Registo	Total (n)
Articulação com outras entidades	“Sim, das várias articulações que temos estado a efetuar, temos conseguido suprir algumas necessidades que nos vão surgindo, sendo que também não temos muita procura por parte desse público”. (e2)	1
Experiência profissional	<p>“Sim, vamos aprendendo com a experiência.”(e3)</p> <p>“Posso dizer que sim, quer pela formação que obtive na licenciatura (...)”. (e4)</p> <p>“Sim, vamos sempre aprendendo, não é?”(e7)</p>	3
Formação académica	Posso dizer que sim, quer pela (...) experiência profissional.(e4)	1
Não indica	<p>“Sim...”(e5, e9)</p> <p>“Acho que sim.” (e12)</p>	3

Fonte: elaboração própria.

Tabela n.º 3 – Quadro síntese da intervenção nas situações de dependência

Categoria	Unidade de Registo	Total (n)
Articulação interinstitucional	<p>“Nos contactos com as instituições em causa, materializá-los para que elas possam ter direito aos mesmos”. (e1)</p> <p>“(…)é um pedido de cadeira de rodas. Articulou-se com o serviço de gestão de produtos de apoio.”(e5)</p> <p>“Aí articulamos com a Santa Casa.” (e10)</p>	3
Avaliar a situação	<p>“(…)temos de aferir muito bem que tipo de dependência existe (..) (e1)</p> <p>“Que dependendo da situação, quando o pedido não é específico e a pessoa chega: "Eu estou nesta situação, estou dependente, não consigo fazer isto e aquilo, e preciso de ajuda", nós avaliamos e só depois de tentarmos perceber se é SAD, se é..., é que encaminhamos para a resposta. Mas seja qual for a resposta, após uma avaliação económica, a situação é orientada.” (e4)</p> <p>“Depois decorrente daquilo que seja realmente os resultados desta avaliação e do diagnóstico que seja efetuado por nós em equipa, vamos pensar num plano de intervenção (...)a resposta de ter uma cuidadora em casa pode ser subsidiada pela SCML, mas têm de existir motivos muito fortes durante a noite para se justificar esta presença.(...) Eu como sou terapeuta ocupacional acabo por dar apoio às assistentes sociais que estão nas várias freguesias e que às vezes me chamam para ir fazer visitas conjuntas para poder avaliar em conjunto com elas. E aquilo que eu vejo é que se a pessoa... percebe-se que passa-se ali alguma coisa, mas se não é o que está tipificado, se não é: refeições, o tratamento de roupa, a higiene, a higiene habitacional... se não é disto que a pessoa precisa, então nós não temos nada para oferecer.”(e7)</p> <p>“(…) a especificidade da nossa equipa de intervenção – Equipa de Apoio a Idosos – são pessoas isoladas, portanto, à partida não é? Já por estar aqui já serão as situações mais complicadas. Estando connosco, já são idosos que se pressupõe estarem dependentes e não terem família de retaguarda, não é? Portanto, é o grosso.”(e8)</p> <p>“Às vezes as pessoas não sabem a que é que têm direito. Quando conhecemos as pessoas e vemos que tipo de pensões têm ou quais são os rendimentos que têm, para nós é mais fácil perceber: “Olha, esta pessoa tem direito a isto, vamos encaminhá-la.” (e9)</p> <p>“A nossa intervenção é sobretudo fazer visitas domiciliárias, ver a situação da casa e estudar um plano para ajudar.” (e11)</p>	7

	<p>“Mas antes disto tento perceber o grau de dependência, suporte familiar, a situação habitacional, fazer visita. Isso é a primeira coisa que eu procuro saber (...)” Antes de isso acontecer, o que é que eu procurava fazer: era explicar quais são as respostas que a Santa Casa pode eventualmente dar, quais são as propostas que nós podemos fazer. Isto é uma ideia que as pessoas não têm. Nós podemos e financiamos lar de mil e tal euros, apoio domiciliário de mil e tal euros...” (e13)</p>	
Conhecer as expectativas dos clientes	<p>“(...) também perceber quais são as expectativas da pessoa.” (e1)</p>	1
Encaminhar para prestações sociais	<p>“(...) e numa segunda fase a pessoa aparece já para pedir apoio para a instrução do pedido, que depois é entregue na Segurança Social (...) Depois temos os mais velhos, que recorrem mais por causa da pensão de velhice ou da pensão social de velhice. A grande maioria que recorre aqui são de nacionalidade estrangeira (...). Pontualmente também aparecem os pedidos de pensão de invalidez, também, e aí não só os idosos mas às vezes pessoas em idade ativa, mas nesse campo já da idade não ativa é a pensão de velhice e também o complemento solidário para idosos.”(e2)</p>	1
Encaminhar para respostas sociais (típicas)	<p>“Também surge e nós também fazemos essa articulação [Serviço de Apoio Domiciliário]”(e2)</p> <p>“Nessas situações (...) ou são pedidos de integração em lar, ou Serviço de Apoio Domiciliário. São sempre estes pedidos. (...) Por norma, se for uma pessoa isolada, totalmente dependente, imaginemos, aí não pensamos muito em cuidador, eu falo por mim, é a tal questão, não é? Se for uma situação de dependência total, de uma pessoa isolada, encaminhamos para lar, tentamos sempre, a não ser que a pessoa não concorde, obviamente. Se a pessoa concordar, encaminhamos sempre para lar.” (e4)</p> <p>“Mas o SAD também dá uma resposta tipificada: vai lá a casa, presta a parte da higiene, da alimentação, de fazer posicionamentos – tira da cama, vai para o cadeirão.”(e5)</p> <p>“O apoio domiciliário e as outras respostas da comunidade, como os centros de dia, não é? Portanto, não são suficientes e temos de acionar outras respostas, como um apoio mais permanente em casa, como uma integração em lar.” (e6)</p> <p>“(...)vamos pensar num plano de intervenção, que passará quase sempre por respostas sociais que esta pessoa possa integrar: apoio domiciliário, integração em centro de dia, voluntários, cuidadores formais algum tempo em casa (...) se necessitar de alguns cuidados de enfermagem que justificassem uma</p>	9

	<p>integração em ERPI (...) se a pessoa necessitar desta resposta para salvaguardar a sua segurança e o seu bem-estar.”(e7)</p> <p>Portanto, o que é que acaba por acontecer? Infelizmente não considero que seja essa a melhor resposta, mas acaba por ser de facto a institucionalização numa ERPI. (...)“Há o Centro de Dia, há o Serviço de Apoio Domiciliário, (...) Mas depois existem todos os produtos de apoio: a cadeira de rodas, o tripé, o andarilho... Para a higiene pessoal existe a cadeira de banho giratória, o alteador de sanita, a cama articulada, grades, etc.” (e8)</p> <p>“Temos pessoas que são encaminhadas para a resposta de lar, também há situações em que nos aparecem numa primeira fase, em que nos solicitam realmente Serviço de Apoio Domiciliário, ou seja, também é verificado aqui uma dependência, e nós então articulamos com o Serviço de Apoio Domiciliário da SCML.” (e9)</p> <p>“(...)passou de uma temporária para uma definitiva (...) para lar, ERPI (...) Optamos ou pelo Serviço de Apoio Domiciliário – embora nem sempre seja possível, ah..., mas muitas vezes é por aí.”(e12)</p> <p>“Porque às vezes em situação de dependência muito elevada e com familiares que não estivessem por perto ou sem condições habitacionais, portanto, eu sugiro sempre a hipótese de um lar, não é? (e13)</p>	
Encaminhar para respostas sociais atípicas	<p>“(...)há uma comparticipação das cuidadoras. (e3)</p> <p>“Nessas situações ou são pedidos de cuidadores (...)” (e4)</p> <p>“(...) e entretanto tivemos de colocar lá uma prestadora de cuidados porque a mãe estava exausta.” (e5)</p> <p>“Um cuidador. Exatamente. A SCML não tem essa resposta, mas nós podemos de alguma forma... trabalhamos com algumas empresas privadas, pronto, e através dessas empresas fazemos propostas de apoio económico, caso haja necessidade de apoio. (...)o serviço de teleassistência, que também indicamos muito para idosos nas situações em que estão orientados e que percebem como é que funciona.” (e6)</p> <p>“(...)a resposta de ter uma cuidadora em casa pode ser subsidiada pela SCML, mas têm de existir motivos muito fortes durante a noite para se justificar esta presença. (...) A questão da teleassistência também é uma resposta a que cada vez mais temos recorrido.” (e7)</p> <p>“E existe depois também o serviço de cuidadora. 24 horas. Não é? ... Pronto, havendo família e tudo, e se a casa tiver condições, a pessoa está muito melhor em casa do que está noutro espaço.</p>	10

(...)existe um serviço de teleassistência, se a pessoa tiver consciente e orientada (...).” (e8)

“Pronto, e de um dia para o outro consegui arranjar uma cuidadora e neste momento a senhora está com uma cuidadora em casa.”(e9)

“As pessoas que vêm ter connosco e que têm qualquer tipo de dependência, nós damos resposta própria (...) vamos ao encontro de outras vertentes que o apoio domiciliário normal não engloba. Nós fazemos o acompanhamento das várias saídas diárias: missa, café, banco, farmácia,...(...) Médico também. Há pessoas... nós temos utentes que já não vão sozinhos ao médico. Fazemos apoio na medicação, na toma da medicação, na higiene habitacional, na higiene do próprio.(...) Temos também esta vertente de apenas companhia. Irmos a casa das pessoas, estarmos lá 45 minutos, uma hora, falar um bocadinho com elas... pronto. Esta vertente mesmo da companhia. Neste momento estamos a desenvolver também uma vertente que é o apoio aos cuidadores. Porque acaba por haver aqui uma interdependência e nós tentamos aliviar um bocadinho os cuidadores, quando os cuidadores têm de se ausentar para ir a uma consulta ou até para ir ao café, ou...”(e10)

Se é uma coisa mais fácil e a as pessoas não estão tão debilitadas, nós, através do programa da freguesia, fazemos a higiene, a limpeza, compras, ir à missa. Tudo o que pudermos ajudar de uma forma mais simples. (...) Nós fazemos até pequenas reparações: colocação de um corrimão, colocação de pegas perto da banheira, perto da cama. Às vezes são pequenas coisas que trazem segurança e são simples de realizar. Por vezes, em situações mais complexas, fazemos o pedido ao departamento das obras, mas por norma demora muito. Mas por exemplo, para trocar banheiras por polibãs, tem de ser. Já tivemos situações em que o facto a casa ter gás era um fator de risco, por isso trocámos o esquentador por termoacumulador. Trocámos fogões por micro-ondas ou por placas elétricas. Ou tirámos mesmo o fogão e colocámos só o micro-ondas porque a pessoa já não tinha autonomia ou já não queria cozinhar.” (e11)

“Se houvesse alguém pode-se também tentar a vertente dos cuidadores, se fosse através de empresa faz-se uma proposta de apoio económico e às vezes também se consegue por essa via.”(e12)

Envolver/Responsabilizar a família

“(...)se existe suporte familiar na família (...)”(e1)

3

“Muitas vezes não é preciso nem uma coisa nem outra. Só que temos de responsabilizar a família por aquele idoso, ou por aquela pessoa.”(e5)

“Orientamos a família.”(e10)

Fazer escolhas/tomar decisões	<p>“(...)há uma comparticipação das cuidadoras. Porque os rendimentos destas pessoas não chegam para suportar esta despesa. Mas o lar fica muito mais caro e uma vez que há casa e há condições para isso...(...)” (e1)</p> <p>“Então arranjou-se aqui a resposta de uma ERPI para ele(...) Quando não há resposta de família ou não se consegue que só por si estejam numa casa - sendo que também não há respostas de casas - ou vão para uma unidade de acolhimento temporário da SCML ou vão para uma ERPI. Infelizmente não há aqui nenhuma resposta nesse sentido.” (e3)</p> <p>Imaginemos, aí não pensamos muito em cuidador, eu falo por mim, é a tal questão, não é? (...) Porque não nos deixa seguros a questão de a pessoa ficar só com o apoio domiciliário três vezes por dia e sem noites, sem ninguém à noite, não é? Isso não nos deixa de todo seguros. Um cuidador, nunca poderia ser só um, teriam de ser dois, sendo que, não é? Um para fazer dias, outro para fazer noites, e depois há a questão das folgas, as férias... Portanto, isto não é nada fácil, para além de que não existindo uma bolsa de cuidadores específica, não é?, a que possamos recorrer, ou a pessoa conhece alguém - às vezes se percebermos que a pessoa está bem para fazer a seleção, podemos ajudar, se a pessoa não estiver bem, nós por norma também não o fazemos, até porque é mais arriscado, não é? Nós não conhecemos as pessoas para agora estar a dizer: agora vai cuidar daquela pessoa durante x horas.” (e4)</p> <p>“E então encontrava aqui estas situações de dependência de tudo em que tínhamos de ir lá e tentar sensibilizar este pai demenciado a ir para um lar, ajudar a pessoa com doença mental a ver se conseguíamos...” (e5)</p> <p>“Portanto, por muito que os hospitais queiram empurrar os velhinhos, nós não podemos deixar que os velhinhos vão assim, não é? Portanto, se o velhinho diz sim senhor e, vamos imaginar, apresenta sinais de demência, mas diz: “Eu quero ir para um lar” e não há contradição, diz sempre que quer... mas agora, se ele uns dias diz que quer e outros diz que não quer, aí temos de avançar para um processo de interdição. Agora se por livre e espontânea vontade vai, mesmo com princípios de demência, se assinar a declaração, nós costumamos aceitar. Agora se nós sabemos que a melhor resposta é lar, e se a pessoa diz que não quer ir para lar, e evidentemente está demenciado, temos de avançar para o processo de interdição.” (e6)</p> <p>“(...) a resposta aqui do lar é uma resposta limite. É só quando não há aqui mais nada a fazer (...)”. (e7)</p> <p>“Pronto, e de um dia para o outro consegui arranjar uma (...)”.(e9)</p>	9
-------------------------------	--	---

“E entretanto, a resposta que eu arranjei foi dentro da Santa Casa e ele foi para uma residência, para uma vaga temporária até resolver a questão de saúde, porque até então era impossível ele conseguir... portanto, ele precisava de cuidados, ao mesmo tempo de um sítio contentor, com segurança, etc.(...) Portanto, consegui essa vaga e depois conseguiu-se que ele fosse para uma residência, mesmo definitivamente.” (...) Optamos ou pelo Serviço de Apoio Domiciliário(...)” (e12)

“Porque às vezes em situação de dependência muito elevada e com familiares que não estivessem por perto ou sem condições habitacionais, portanto, eu sugiro sempre a hipótese de um lar, não é?” (e13)

Informar

“(…) há situações que nos chegam de pessoas com dependência que muitas vezes não têm conhecimento dos seus direitos, o que é que elas têm, portanto, o que é que a Segurança Social ou da Caixa Geral de Aposentações ou a ADSE (como estamos aqui na ação social complementar, eu faco este paralelo)- às vezes não têm noção de quais são as prestações que têm direito... o complemento por dependência, o subsídio para 3.ª pessoa, que a ADSE comparticipa na integração em lar ou no serviço de apoio domiciliário”. (e1)

2

“Aqui foi mais na procura de informações sobre as prestações sociais para suprir algumas necessidades e também ao nível da procura de equipamentos [Ajudas técnicas] (...) Inicialmente começamos por dar a informação, em que é que consiste, nos requisitos, da documentação necessária (...)” (e2)

Fonte: elaboração própria.

Tabela n.º 4 – Quadro síntese dos constrangimentos e limitações identificados políticas sociais para a dependência

Categoria	Unidade de Registo	Total (n)
Barreiras arquitetónicas na habitação	<p>“(…) uma sra. que está numa cadeira de rodas, que não se consegue deslocar (…) e que precisa de sair para o exterior, portanto, vê esta situação muito impossibilitada (…) já houve situações pontuais de irem arranjar o elevador a correr, mas depois o elevador volta a avariar (...). (e1)</p> <p>“Aí as limitações poderão ser mais ao nível dos recursos materiais, não é? Das próprias casas, das próprias habitações, a não existência de verbas para fazer obras, por exemplo.”(e4)</p> <p>“Muitas vezes as pessoas vivem em prédios sem elevador e deixam de conseguir sair de casa. Agora exige-se imensa coisa nas habitações, não só do Plano Diretor Municipal como para isto, para aquilo, para o outro... exigem agora até o Certificado Energético e tudo mais. Mas depois esta parte falha um bocadinho. A parte das barreiras arquitetónicas falha um bocadinho, apesar de já estar melhor, reconheço isso. No entanto eu vejo que há muito idosos que estão com esse problema, e não é só idosos, também pessoas novas que estão dependentes e que têm esse problema da mobilidade na habitação. E não fazem nada.”(e13)</p>	3
Burocracia	<p>“Portanto, não é fácil que o processo seja feito de uma forma mais rápida e mais breve, mais atempada”. (e1)</p> <p>“(…)a burocracia não permitiu que este utente beneficiasse, seja ali ou noutra unidade, da permanência de cuidados, não é?”(e3)</p> <p>“(…) a burocracia. (...) às vezes nós sinalizamos uma situação, mas depois a diretora técnica tem de comunicar ao superior, que tem de comunicar ao superior, e às vezes mais acima ainda, e a gente fica à espera, e o utente fica à espera... (...)A questão do consentimento, da adesão, ou mesmo um caso mais prático: tem de haver comunicação entre as entidades, mandar e-mail, e isto, e aquilo, em vez de se ir logo, pegar na pessoa e levar para onde ela precisa. Primeiro vai-se lá, trata-se da pessoa, faz-se o que é preciso, e depois comunica-se, depois fala-se. E fazer diagnósticos, e fazer o plano, e fazer não sei o quê, e depois envia para o superior, e o superior é que vai autorizar... e quando vemos, aquela intervenção já não faz sentido. Ou já morreu, ou já melhorou, ou já piorou. Se melhorar ainda vá que não vá. Mas muitas vezes a situação já piorou, ou já não há o que fazer.” (e11)</p> <p>“Para mim o pior é o processo burocrático. As fases até chegar à integração na resposta é preocupante. (...) Porque depois vai para o superior. Por exemplo, vai para a Delegada de Saúde, depois a Delegada de Saúde tem de dar resposta. Não dá resposta porque</p>	4

	tem “n” casos e ela tem de priorizar. Mas depois tudo é prioritário. Eu acho que é mais isso, percebe? Porque, por exemplo, eu não tenho competência para dizer assim: “Esta senhora não está com condições para decidir.” Eu não tenho essa competência, porque eu sou assistente social, está a ver? Mas até a pessoa competente avaliar isso para eu poder ter carta verde para avançar, demora. Da minha experiência foi aquilo que eu mais tive.”(e13)	
Critérios exigentes para comparticipação de cuidador formal	“(…)a resposta de ter uma cuidadora em casa pode ser subsidiada pela SCML, mas têm de existir motivos muito fortes durante a noite para se justificar esta presença.”(e7)	1
Custo das respostas	<p>“(…) a sra. não pode integrar esta resposta porque ãã, ãã, ãã, porque é só de manhã, ou porque tem de ter sempre este custo associado, mesmo eu dizendo e rebatendo que estamos perante uma sra. que está em situação de insuficiência económica e não tem como pagar, portanto, questões complicadas que se colocam (...)”(e1)</p> <p>“O cuidador à hora é um balúrdio (...)” (e4)</p> <p>“E depois aqui entra outro problema, que é: a senhora para ir ao hospital tem de se chamar os bombeiros e tem de se chamar uma equipa especializada porque a senhora tem de ir completamente imobilizada. Ou seja, tem de ir com aquelas camas, e tem de ir em pé com os cintos e só para ter noção, só uma ida e volta ao hospital são cem euros.” “(…) só porque a senhora tem de ir imobilizada, acrescenta uma taxa de não sei quanto e uma viagem é logo cinquenta euros.” (e9)</p> <p>“E porquê? Porque: “Ah, não vou pedir a ninguém porque depois já sei que tenho de pagar.” Não é?”(e13)</p>	4
Desadequação da resposta tipificada de SAD (horários e funcionamento)	<p>“(…) o Serviço de Apoio Domiciliário vai iniciar o serviço para a ajuda da higiene, duas ou três vezes por semana, que é a necessidade da senhora - ela é que decidiu isso, mas a senhora precisa de outras coisas, não é? Precisa de ir às compras, por exemplo, e não consegue ir sozinha. Precisa de ir a consultas e não consegue ir sozinha. E o Serviço de Apoio Domiciliário não tem capacidade para isto. (...) A resposta é insuficiente e desadequada neste momento.” (e4)</p> <p>“Os serviços nunca têm ajudantes familiares suficientes, as ajudantes familiares não têm formação para o fazer, também. Os ordenados são miseráveis, é um trabalho super, super difícil, que desgasta imenso. E se uma ajudante familiar estiver a prestar cuidados a uma pessoa e não estiver em condições para isso nem física nem emocionalmente, não tem capacidade para cuidar bem dessa pessoa. E a Direção que está atrás dela também não tem capacidade para exigir que ela faça melhor porque também não</p>	5

paga bem. Pronto, e portanto isto é aqui uma pescadinha de rabo na boca, mas que é muito grave para os dias de hoje (...)” (e4)

“Vamos ver, é assim: há algumas coisas, nomeadamente... vamos ver uma coisa, aqui o conceito de serviço de apoio domiciliário, não é? Como ele está neste momento instituído... há muitas instituições que prestam apoio nesta área. As IPSS, não é? Que têm protocolos com a Segurança Social também têm o regime privado. As vagas com a Segurança Social também são limitadas, pronto, e de facto aquilo que nós sentimos também muito é a falta de capacidade económica dos idosos para assumirem aqui um pagamento de serviços, destes serviços. (...)“No apoio domiciliário ainda, a necessidade que sentimos muito, diariamente, é as IPSS terem serviços de apoio domiciliário com um horário alargado e funcionarem ao fim de semana. Porque só isso já ajudaria imenso para as pessoas poderem... porque muitas das situações das pessoas que não ficam em casa é exatamente porque estas respostas não respondem às necessidades das pessoas. Não respondem porque não têm um horário alargado. Porque muitas delas a questão da alimentação, o que fazem é deixar a alimentação em casa da pessoa e não é apoiar efetivamente na alimentação, não é? E para muitas das pessoas, muitos idosos, o facto de deixarem a alimentação só não chega. Tem de estar lá alguém porque se não, não comem, não é? E portanto deparamo-nos com esta dificuldade.” (e6)

“Eu acho que se poderia potenciar muito mais os cuidados no domicílio. Eu acho que efetivamente no futuro é... porque não vai haver lares para tanta gente, não vai. Nós somos cada vez mais idosos, somos cada vez menos crianças, as famílias estão cada vez mais espalhadas e portanto vai deixar de haver lares para toda a gente. Não dá. Portanto, o que se tem de pensar e investir no futuro é criar as condições todas para que a pessoa possa ficar em casa, não é? E as condições passa por criar uma série de equipas especializadas, uma série de mecanismos também tecnológicos que... uma teleassistência mais avançada, não é? Que a pessoa sabe, que é rececionado, que aquele senhor é diabético, que automaticamente mede os níveis, ou que se não tomou, pronto... se falta alguma medicação, que dá um sinal. Ah... eu acho que vai por aí e é isso que tem de se começar a apostar e tem de se perceber que é a única resposta neste momento. Os cuidados no domicílio, criar as condições todas e as equipas a irem ao domicílio”(e8)

“(...) faltam equipas noturnas. (...). Pessoas que acompanhassem durante a noite, mesmo durante o sono. Cuidadores para o período noturno. E mesmo entidades que tivessem resposta para a noite. Bem, noite e fim de semana. Muitas das instituições que estão na comunidade, funcionam das nove às cinco, de segunda a sexta-feira. Parece que a necessidade deixa de existir ao fim de semana e à noite.”(e10)

Desadequação horários e funcionamento Centro de Dia	dos do do	<p>“E depois a questão dos centros de dia, não é? Que é outro problema que sentimos também, que é: além das atividades dos centros de dia, que não são nenhuma. No fundo as pessoas vão para lá e estão um dia inteiro, se for preciso, sentadas num cadeirão, sem fazer nada, não é? Porque não há atividades no centro de dia. Deveria haver mais atividades, uma terapeuta ocupacional e muitos, a maior parte deles, não tem. E portanto, muitas pessoas também não aderem aos centros de dia exatamente por isto. Porque os centros de dia, quer dizer... fazem o mesmo que fariam em casa. E o horário dos centros de dia também é outro problema. Porque a carrinha – e nem todos têm carrinha, nem todos têm transporte – e quando têm transporte, geralmente passa muito tarde e no fundo há pessoas a irem para os centros de dia às 11h e a regressarem às 16h. Portanto, o tempo que já ficam – porque o centro de dia depois fecha – é muito reduzido. O centro de dia deveria dar um jantar, não é? Portanto, e isto não acontece. De facto, daquilo que me perguntou...”(e6)</p> <p>“Portanto, o facto de muitas instituições que prestam apoio domiciliário em casa terem o horário muito reduzido, isso é uma limitação, claramente. Trabalharemos só até às quatro, ou até às cinco, depois a parte do jantar e do deitar fica completamente a descoberto. O fim de semana fica também muitas vezes a descoberto e as pessoas quando precisam, precisam os sete dias da semana, não só de segunda a sexta. Isto acho que é um constrangimento importante.”(e7)</p>	2
Desarticulação entre os diferentes serviços		<p>“(…) mas que é tão difícil chegar à Caixa Geral de Aposentações que é uma situação que ainda está em curso, lá está, a instituição deveria estar mais aberta para nós, a esse nível...” (….) e eu se tenho esta declaração, esta prescrição do dr., porque é que eu preciso de outra, porque é que eu preciso de perder o meu tempo, atendendo ao meu quadro de saúde e à minha fragilidade, numa consulta, uma manhã inteira na Santa Casa, para que faça uma duplicação da prescrição que tenho, para que possa ter direito à medicação gratuita”.(e1)</p> <p>“Sim, a questão da articulação entre os serviços. (...)São precisas equipas específicas e cada vez mais, com a população que temos hoje em dia, para o acompanhamento destas situações (...) Porque, por exemplo, nós recebemos aqui situações de saúde mental que depois tentamos fazer chegar até nós os outros serviços. Porque nós com situações de saúde mental não fazemos nada sozinhas.” (e4)</p> <p>“Portanto, por muito que os hospitais queiram empurrar os velhinhos, nós não podemos deixar que os velhinhos vão assim, não é? (...)“Somos muito pressionados pelos hospitais com as altas, sobretudo de idosos, para integrar em lar, quando às vezes tinham critério para ir para uma unidade de cuidados</p>	6

continuados, para reabilitação. Aliás, eu tenho filhos que eu às vezes digo. Olhe, sim senhor, foram encaminhados para cá para tratar do lar da mãe mas a inscrição para a Rede não há? Por que é que não houve? Pronto. E nós começámos aqui a pôr alguns limites ao hospital.” (e5)

“Esta utente ficou acamada e o que é que acontece? Quando sofreu a queda, foi para o hospital mas o hospital não a sinalizou para qualquer unidade de reabilitação. E depois aqui entra outro problema, que é: a senhora para ir ao hospital tem de se chamar os bombeiros e tem de se chamar uma equipa especializada porque a senhora tem de ir completamente imobilizada. Ou seja, tem de ir com aquelas camas, e tem de ir em pé com os cintos e só para ter noção, só uma ida e volta ao hospital são cem euros.”
“(…) só porque a senhora tem de ir imobilizada, acrescenta uma taxa de não sei quanto e uma viagem é logo cinquenta euros. (...) (...)um constrangimento que eu sinto muito é realmente quando as pessoas têm algum tipo de dependência e acabam por ficar internadas e precisam de reabilitação, eu acho que esta articulação no pós-alta clínica e a reabilitação, acho que são respostas muito demoradas e existe pouca resposta a este nível. Ou seja, tentam que as pessoas depois vão para casa, mas ainda existe aqui uma dependência, tentam o Serviço de Apoio Domiciliário e não é bem assim. As pessoas precisam de cuidados específicos e com vigilância. E eu sinto que é muito o despacha. É muito o despacha do hospital, é muito o despacha também das unidades de reabilitação, é muito o despacha para a ação social quando as pessoas regressam a casa.” (e9)

“A sensação que nós temos é que os serviços de saúde estão constantemente a empurrar - não vou usar nenhum discurso técnico aqui, mas acho que assim se percebe melhor – a tentar passar a bola, a empurrar para cima da Santa Casa, a Santa Casa que resolva, quando às vezes as pessoas podem ser trabalhadas e apoiadas através do Serviço Nacional de Saúde, sem terem de ir para a Santa Casa. Isto acontece constantemente, e nós cria-nos uma pressão gigante para resolver a situação. (...) Eu já tive “n” situações. “N” em que não houve um telefonema sequer. Não houve nenhuma articulação para passar a situação.” (e12)

“E isso é uma coisa que, por exemplo, para a atribuição de habitações sociais, muitas das vezes, também há um parecer em que a pessoa é dependente e precisa de um rés-do-chão e muitas vezes não é rés-do-chão que dão, percebe? Isto acontece. Portanto, eu acho que isso está um bocadinho mal gerido nesse aspeto. Isso é uma coisa em que eu notei sérias dificuldades porque tenho de articular com a Câmara e às vezes a própria Câmara não pode fazer nada porque não havia, não havia, ou já não havia, ou porque já estava atribuído, ou já estava atribuído à pessoa errada e já tinham avisado... é assim um bocadinho confuso trabalhar desta forma...(…) Imagine, eu já fiz visita a uma

		<p>senhora acamada que não tinha colchão anti-escaras apesar de ter escaras e daquilo já se estar a alastrar um bocadinho porque não tinha conhecimento que existiam colchões anti-escaras, não sei quê... Foi preciso alguém da saúde ter percebido, e ter dito. (...) Porque eu acho que todas as pessoas que recebam Complemento por Dependência é porque têm alguma dependência. Porque o Complemento por Dependência é para isso. Então deve ser analisado mesmo e percebido, a rigor, as necessidades decorrentes dessa dependência. Devia fazer-se um estudo. Não é só receber o Complemento por Dependência... Não ser só a prestação em si, percebe? E a pessoa... "Olhe, realmente esta pessoa tem este grau de dependência. Vamos lá ver o que é que se passa", não é? E devia haver um gabinete só para isso. Devia haver."(e13)</p>	
Desresponsabilização das famílias		<p>"(...) as famílias querem descartar-se. Vou usar o termo descartar porque é verdade, infelizmente, as famílias não se querem responsabilizar por pessoas mais idosas e vêm aqui para descartar-se do pai ou da mãe, quando os idosos não têm critérios para ir para lar. Ah... e até porque ninguém pode obrigar um idoso a ir para lar se a pessoa não quiser. E as famílias não têm noção."(e9)</p> <p>"- (...)a responsabilização dos familiares. A responsabilização. Às vezes os familiares quase que se demitem desta responsabilidade. (...) Sabem qual é [o seu papel] mas não o querem."(e10)</p>	2
Encaminhamento para as respostas com base em critérios económicos		<p>"Eu tenho situações que no meu ver deveriam estar em lar e não estão porque a Santa Casa não vê critérios. Mas muitas vezes eu acho que a verdadeira razão é económica. Às vezes dizem. "Ah, é muito novo para lar." A leitura que eu faço é: "é muito novo, ou nova – porque são sobretudo mulheres – e têm uma expectativa de vida, que é uma vida sem qualidade, mas têm previsivelmente muitos anos à frente, então é muito tempo a pagar o lar". Aliás, não é só a minha percepção, eu já ouvi isto. Não vou citar colegas, mas já ouvi isto e fiquei com essa má impressão." (e11)</p> <p>"Eu vou falar de uma questão que é delicada. Pessoas com aquela faixa etária que ainda não têm 66 anos, ainda não tem idade para entrar no lar, de acordo com as orientações, têm de ficar no atendimento social, não podem passar para o PILAR, logo, o orçamento [para comparticipação da mensalidade de ERPI] sai da direção onde a pessoa está a ser acompanhada. Isso em termos de orçamento é pesado. Portanto, não se quer."(e12)</p>	2
Existência de mecanismo de intervenção mais célere quando a pessoa recusa mas está em	de de mais	<p>"(...) há o rumor dos vizinhos que dizem: "Meu Deus, eu sei que ele já não tem água" - por exemplo, do condomínio - "eu sei que ele já não tem água há não sei quantos meses. Eu vejo-o ir buscar água." Mas são pessoas que às vezes nem com os vizinhos falam. Pronto, e nós nessas situações, a única coisa que nos resta fazer é ir tocar de vez em quando, sempre que andamos a fazer visita</p>	6

risco /Falta de resposta da Saúde Pública	pela zona, vamos tocar, vamos tentar falar. Às vezes somos quase escoraçadas.”(e4)
---	--

“Ah. Não é fácil a intervenção na pessoa com dependência, sobretudo aqui em relação à pessoa com demência. Não se consegue intervir logo, a pessoa não aceita, não tem consciência. Muitas vezes a própria família não sabe o que é que poderá fazer... quando existe família. Quando não existe, então, ainda mais complicado se torna. O país não está preparado. (...) Essas pessoas estão mesmo... pronto, estão..., não estão bem, não é? Não aceitam, recusam a intervenção, não reconhecem... ah..., os processos são muito morosos, muitas vezes não há família, tal como disse, ou há família e a família também não sabe por onde há de começar. As instituições não conseguem fazer nada!” (e8)

“(...)se não há pessoas que possam interditar estas pessoas, estas pessoas estão livres de fazer o que quiserem.”(e9)

“Quando a pessoa diz que não, quando a pessoa recusa, não é? Nós temos... às vezes lá conseguimos dar a volta, lá assina a declaração, etc., etc... Outras vezes não se consegue, e nós temos aqui casos difíceis, que na minha opinião era só retirar de casa e ir para o equipamento, porque a pessoa já não tem condições de cuidar dela, sequer, e o tempo aí... não há resposta para estes casos.”(e10)

“Outro constrangimento é... bem é uma coisa que acho que é geral: a figura do Delegado de Saúde, esquece. Não existe. (...) Não dá resposta. O Delegado de Saúde é lenda, é uma lenda. É uma figura do folclore. Eu nunca vi um. Sei que eles existem, mas... (...) sinalizamos e às vezes nem resposta temos. E quando responde diz que não dá para intervir. Então, para mim, o Delegado de Saúde é uma figura mitológica. Um dia espero conhecer um ou uma. O daqui nem sei se é homem ou mulher. Trabalho nesta área geográfica desde 2011 e nunca vi.”(...)“Porque nalgumas coisas, em intervenções mais... a nível de internamento, em que a pessoa não quer, não dá o consentimento, precisávamos da atuação dele.” (e11)

“Uma das questões que também me aconteceu foi eu denunciar uma situação de maus tratos ao Ministério Público e a situação demorou. Demorou, percebe? E eu acho que isto é... em termos de timing, de resposta, isto não está preparado. Isto foi o que eu senti.”(e13)

Falta de formação de quem cuida de pessoas em situação de dependência (técnicos, cuidadores formais e informais)	“(...) deveria haver mais conhecimento e mais formação na área de todos os subsídios e prestações pecuniárias que existem, até porque elas atualizam muito e os técnicos que estão no direto e que, portanto, fazem atendimento psicossocial deveriam estar constantemente em formações	3
--	---	---

		<p>onde estes assuntos deveriam ser abordados na sequência das atualizações que vêm sendo feitas”. (e1)</p> <p>“ Os próprios serviços têm de estar preparados para lidar com este tipo de situações. Portanto, não é um..., não são todos os lares – estruturas residenciais para pessoas idosas, não é? ERPI, como se denomina agora – que estão preparados para receber pessoas com demências, não é? Não são todos os técnicos e todos os profissionais que sabem lidar com uma situação dessas.”(e8)</p> <p>“(...) eu acho que mesmo os técnicos que trabalham diretamente com as pessoas têm de ter alguma formação. É evidente que se falarmos no Serviço Social, o Serviço Social abrange imensa coisa, nós sabemos. Todavia, uma pessoa para ir para, ou para gerir, para gerir, uma IPSS, um lar de idosos, tudo o que seja da área da dependência, tem de saber fazer para saber explicar. E eu senti que havia muito essa falta de formação. Porque dar banho a um acamado não é a mesma coisa que dar banho a uma pessoa com autonomia. E às vezes eu sentia que eu própria quando comecei nessa área, eu não sabia.”(e13)</p>	
Inexistência de respostas	de	<p>“Ainda há muito a fazer. Se não forem pessoas idosas nem há respostas... seja dependência física, seja dependência cognitiva... nós não temos respostas. Estamos a encaminhar pessoas jovens com deficiência mental, que são dependentes, não conseguem ser autónomos na sua vida quotidiana. E não temos resposta. (...)Quando não há resposta de família ou não se consegue que só por si estejam numa casa - sendo que também não há respostas de casas - ou vão para uma unidade de acolhimento temporário da SCML ou vão para uma ERPI. Infelizmente não há aqui nenhuma resposta nesse sentido.”(e3)</p> <p>“A questão de não existirem centros de noite nesta cidade....”(e4)</p> <p>“Queremos ajudar, queremos que a pessoa fique em casa, porque a família também quer que ele fique em casa, mas os prestadores de cuidados não recebem nada. Andam nessa luta inglória de serem considerados trabalhadores, que são, porque têm imenso trabalho, ser prestador de cuidados dá imenso trabalho, mas não recebem nada por isso.”(e5)</p> <p>“Essa questão dos cuidadores que está agora a ser muito discutida, a questão dos cuidadores informais, é importantíssima. Isso seria de facto muito importante que avançasse, não é? Porque eu acho que era fundamental e ajudava imenso nestas situações que nós temos. Eu acho que neste momento têm de dar condições às pessoas para as pessoas poderem assumir esse papel, não é?”(e6)</p> <p>“Em relação, por exemplo à fisioterapia, ao serviço de fisioterapia. À fisioterapia, no geral, há muitas pessoas idosas e com dependência que beneficiariam deste serviço. (...)Enfim,</p>	8

para... se calhar esta é a minha visão própria da coisa, de facto seria importante quando falamos de serviços que acompanham estas pessoas, seria importante ter alguém de reabilitação, sempre.” (...)As pessoas precisavam de facto de ter um acompanhamento a este nível da reabilitação, que não têm, que não se consegue. Portanto, as pessoas só conseguem em situação aguda, em situação de crise. Não em situação de prevenção nem em situação de doença crónica. (...) Se os serviços se organizarem de forma a que sim, a maior parte das pessoas que hoje em dia estão a ser institucionalizadas, se os serviços da comunidade conseguissem de facto garantir um apoio bastante alargado à pessoa em casa, se calhar a pessoa não precisaria de estar numa instituição.” (...)“Família que trabalhe e que tenha pessoas idosas em situação de dependência, vê-se muitas vezes confrontada aqui com o dilema de: eu quero apoiar mas não posso porque não tenho horas disponíveis, porque tenho aqui um dia muito cheio, porque não consigo, porque se eu deixar de trabalhar e puser assistência à família, não vou conseguir depois pagar as minhas despesas... e isto é errado, isto é errado. De facto, deveria existir uma política pública como existe aqui no país vizinho há muitos anos que de facto pudesse prever esta possibilidade da pessoa, do familiar poder cuidar da pessoa idosa e ter efetivamente um rendimento por isso. E a pessoa idosa era cuidada pela família, a família também se sentia competente por estar a cuidar e havia aqui um compromisso que do ponto de vista, enfim, funcional e logística...” (....) E aquilo que eu vejo é que se a pessoa... percebe-se que passa-se ali alguma coisa, mas se não é o que está tipificado, se não é: refeições, o tratamento de roupa, a higiene, a higiene habitacional... se não é disto que a pessoa precisa, então nós não temos nada para oferecer. Porque não é só isto que a pessoa possa precisar efetivamente.(...) Imagine, a própria questão das compras, de fazer compras, seja de géneros alimentares, seja de outra: de uma camisola, sapatos, o que for. Este acompanhamento a saídas ao exterior não é uma coisa que esteja contratualizada como um serviço. É uma coisa que algumas instituições fazem, outras são voluntários que asseguram, mas isto é essencial à vida das pessoas. Mas não é considerado. O que é considerado serviço são estes: da roupa, da higiene, das refeições. Pronto. E como isto, uma ida ao cinema, ou uma ida ao teatro. Mesmo que fosse durante a semana, também não é uma coisa entendida como uma necessidade. Não, é entendido como uma coisa extra. Mas não é uma coisa extra. É uma coisa que faz parte daquela pessoa, da vivência daquela pessoa, e que é significativo para ela. E se calhar é muito mais importante do que ter a refeição quente todos os dias para aquela pessoa: poder ir uma vez por semana ao teatro.”(e7)

“Portanto, temos situações que ficam durante muito tempo, tempo demais “à solta”. As coisas não correm pior porque... pronto, há juntas de freguesia, polícia, pronto, as IPSS, a SCML. Portanto, existe aqui cada vez mais uma maior sensibilização para

este tipo de situações e é por isso que as coisas... pronto, se vão assim aguentando. Agora, que não há respostas, não há. Não há respostas para a saúde mental. (...) Os próprios serviços têm de estar preparados para lidar com este tipo de situações. Portanto, não é um..., não são todos os lares – estruturas residenciais para pessoas idosas, não é? ERPI, como se denomina agora – que estão preparados para receber pessoas com demências, não é? Não são todos os técnicos e todos os profissionais que sabem lidar com uma situação dessas.”(e8)

“E pronto, o hospital normalmente contacta-nos porque as pessoas vão ter alta e pedem-nos que arranijemos uma solução. Ora, muitas vezes são pessoas isoladas, sem suporte familiar, em quartos, que de repente ficam assim. Portanto, voltar para um quarto é impensável, não é? E onde é que nós vamos pôr esta pessoa? Para um lar não dá, porque não há critérios para lar a não ser que seja privado e se a pessoa não tem rendimentos dificilmente se consegue. Às vezes também não há vaga nas unidades da Rede ou há na inicial, e depois para onde é que vão? Portanto, às vezes há reabilitação mas é só até determinado ponto, não é? Depois têm de sair, pronto. Mesmo que não estejam autónomos. E aí é difícil...” (...) “Devia haver uma rede de suporte para promover a autonomia nas pessoas sem que fossem institucionalizadas e muitas vezes não há. Depois criar respostas mais adequadas para determinado perfil... ou seja, eu noto mais dificuldade nas pessoas que ainda não têm idade para ir para um lar (...) abaixo disso não há resposta nenhuma, ou pelo menos...” (e12)

“Olhe, as ajudas técnicas também é outro caso. Por exemplo, situações de pessoas que precisam de camas articuladas e isso assim (...) e pegando no Estado em si, não existem respostas eficientes. Há pessoas com cadeiras de rodas desadequadas, pessoas com camas desadequadas (...) Imagine, eu já fiz visita a uma senhora acamada que não tinha colchão anti-escaras apesar de ter escaras e daquilo já se estar a alastrar um bocadinho porque não tinha conhecimento que existiam colchões anti-escaras, não sei quê... Foi preciso alguém da saúde ter percebido, e ter dito. E a pessoa não tinha dinheiro... e pronto, ter-se articulado desta maneira... e a pessoa ter muita falta de informação. E o Estado, também, o sistema, podia permitir a estas pessoas alguma formação. Ou seja, pessoas irem a casa, saberem que existem estas situações e informá-las do que é que está disponível. O que é que não está. O que é que é possível, o que é que não é.” (e13)

Insuficiência do n.º de vagas.

“(...) penso que também há poucas vagas.” (e3)

4

“Há residências para pessoas com doença mental que estão cheias, não é?”(e5)

		<p>“Agora, a problemática que hoje em dia temos muita dificuldade é ao nível da doença mental. Não existem respostas para a doença mental. Nós temos muita dificuldade porque temos muitas situações de doença mental e não há respostas, não há instituições para esta problemática, não há respostas. (...)E são poucas as respostas e o n.º é tão alto... O n.º está cada vez mais a crescer de pessoas jovens adultas com problemas de saúde mental que as poucas respostas que existem estão completamente lotadas, não há vagas e a lista de espera é gigante. Tem de haver mais respostas para a saúde mental.” (e9)</p> <p>“Bom, basicamente é isto: não há vagas. Mesmo nos cuidados continuados, não há vagas.”(e12)</p>	
Legislação desatualizada		<p>“As legislações às vezes também são feitas numa determinada altura... e elas depois não são atualizadas em função da realidade social, que é dinâmica, e que vai mudando (...)”. (e1)</p>	1
Morosidade resposta	na	<p>“A Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados devia ter uma resposta mais rápida.”(e5)</p> <p>“Mas olha, vai demorar dois, três ou quatro meses para ela ser integrada.” Faz-me muita confusão coisas que... estamos a falar da saúde das pessoas. É a saúde. Não se pode esperar para... ou seja, o tempo está a passar e muitas vezes o estado de saúde vai piorando e não podemos dizer à doença: “Olhe, espere só três ou quatro meses, está bem? Só um bocadinho porque há muita gente à espera.” Pronto, eu acho isto surreal. Faz-me muita confusão ao nível da saúde, ver estas coisas. A pessoa estar à espera não sei quantos meses. Às vezes espera um ano para fazer um exame e isso realmente em termos da política pública nacional é absolutamente vergonhoso.” (e9)</p> <p>“(...) o tempo da pessoa nunca é igual ao tempo dos serviços.”(e10)</p>	3
Perceção de que em Lisboa há um nível de apoio maior.		<p>“Fora de Lisboa isto não é assim. Fora de Lisboa isto não é assim. Isto é um luxo.”(e5)</p> <p>“Eu costumo dizer, se não fosse a SCML eu não sei o que é que seria. Como é que seria? Seria como é fora de Lisboa que não há a SCML. Mas de facto há aqui um apoio fundamental.”(e6)</p> <p>“A SCML tem aqui esta benesse para as pessoas da cidade, que se formos para os concelhos lá fora, isto já não existe, e isso era outra questão. Por que é que só as pessoas da cidade de Lisboa, e não a nível nacional, é que têm direito a este apoio [comparticipação de ERPI em entidades lucrativas e de cuidadores privados], mas enfim.”(e7)</p> <p>“Lisboa é, sem dúvida, um meio privilegiado. Porque mesmo o apoio financeiro para uma resposta, para a pessoa ir para um</p>	4

	equipamento, existe. O apoio para medicação, fraldas, etc. Isso existe aqui e é muito bom.”(e10)	
Pessoa indocumentada	“Se calhar o principal constrangimento por vezes é a falta de documentação do cidadão. Porque às vezes a maior parte das respostas que nos surgem, é importante que a pessoa esteja em situação regular. Portanto, quando estão em situação irregular, ou seja, sem título de residência, é um pouco mais complicado.” (e2)	1
Supervisão/ fiscalização insuficiente	“(…) a tal supervisão que não há. O Estado financia x por cento por cada idoso que está numa IPSS, fazem uma auditoria uma vez por ano, há anos que nem essa auditoria anual fazem, há anos que não vão. Então como é que é? Como é que eles vão ver como é que funciona? Mas as auditorias depois que existem são básicas: é ver se está tudo ali, se há contrato de prestação de serviços...”(e13)	1

Fonte: elaboração própria.

Tabela n.º 5 – Quadro síntese das vantagens e benefícios das políticas sociais para a dependência

Categoria	Unidade de Registo	Total (n)
Articulação entre diferentes serviços	<p>“(…) a articulação do Centro de Saúde (pelo menos da área geográfica a que eu respondo neste momento) com os restantes serviços está muito boa. Eu sinto isso.” (e4)</p> <p>“O que é que eu posso salientar aqui: a articulação entre serviços aqui no nosso caso, também funciona bem, mesmo com as juntas de freguesia, com os centros de saúde mais ou menos, mas de alguma forma.... Já funcionou pior, já funcionou pior.”(e6)</p> <p>“Aliás, nós trabalhamos muito bem com a Misericórdia, articulamos muito bem, muito bem. E sim, na realidade para quem não tem... é impossível para mim falar sobre o que funciona bem aqui, relativamente ao resto do país.” (e10)</p>	3
Criação de novas respostas	<p>“Ah...., mais.... talvez aqui a questão da... mas isto tem mais a ver com a minha área geográfica e área de intervenção, a abordagem aos novos públicos. A criação de respostas adequadas a esses novos públicos começa a surgir e eu acho que é muito interessante.”(e4)</p>	1
Criatividade dos técnicos	<p>“(…) a criatividade dos técnicos na resolução dos problemas.” (e12)</p>	1
Intervenção da SCML na cidade Lisboa	<p>“A SCML tem um papel fundamental aqui na intervenção da cidade de Lisboa. Eu costumo dizer, se não fosse a SCML eu não sei o que é que seria.”(e6)</p> <p>“A Misericórdia funciona bem... enquanto instituição. Deveríamos ter mais mas, dentro do que tem: lares, serviço de apoio domiciliário, equipas – a equipa de apoio a idosos tem formação específica, investem... não agora, mas quando se iniciou o projeto investiram em formação, trabalhar com públicos vulneráveis, trabalhar com públicos difíceis, trabalhar com perfis agressivos, pronto.(...) a Misericórdia está aqui um bocadinho na vanguarda...”(e8)</p> <p>“(…) se existe algum tipo de problema, as pessoas saberem que existe uma Santa Casa. Mal ou bem a Santa Casa tenta sempre dar resposta a qualquer nível.” (e9)</p> <p>“Acho que a Misericórdia também, nesta área da dependência (...)”nomeadamente aqui no apoio domiciliário, que nós também trabalhamos.”(e10)</p>	4
Legislação	<p>“Em termos de políticas, o que é que funciona bem? A legislação é muito boa. Eu acho que a legislação é uma boa legislação. Está tudo muito bem pensado. Tem é de ser bem</p>	1

	implementado, os recursos têm de ser desbloqueados a tempo. As verbas têm de ser pagas. (...) Portanto, a política é boa, a legislação é boa, não pode é haver falta de recursos, quer económicos, quer físicos, de pessoas, de recursos humanos, não é?" (e5)	
Novos modelos de intervenção	"O atendimento específico de situações que nunca tiveram intervenção social. A utilização de novos modelos de intervenção, como o colaborativo, que tem muito na base trabalhar com o utente, em colaboração com ele."(e4)	1
Prestação de cuidados de saúde no domicílio	"Mas os enfermeiros e os médicos que vão a casa, isso para mim é uma coisa boa. Eu sei que está contemplado no Serviço Nacional de Saúde, mas ver acontecer é difícil mas acho que quando acontece é ótimo. Mas até acho que agora começou a acontecer mais." (e11)	1
Projeto autárquico próprio	"Nós [Junta de Freguesia]. Nós somos uma boa resposta."(e10)	1
Proximidade	"(...) a vantagem no fundo eu acho que é a proximidade. Por exemplo, na Segurança Social inclusive há um balcão e uma colega com quem eu costumo articular que nesta situação, quando é necessário, esta senhora vai diretamente a este balcão pedir esclarecimentos, preencher documentação, requerer algum tipo de apoio do Estado e funciona muito bem."(e3)	1
Qualidade dos profissionais	<p>"O que é que eu acho que funciona bem... há pessoas/profissionais que funcionam bem e isso faz toda a diferença. As pessoas fazem muita diferença nos serviços."(e5)</p> <p>"Nós temos técnicos especializados que ajudam bastante. Por exemplo, um aspeto positivo daquela situação que lhe falei há pouco: olhe, se eu não tivesse uma colega no hospital tão preocupada, tão competente também, não é? Porque ela foi competente. Ela juntou-se a mim, no meio do drama, eu não conseguiria... Não conseguiria. Temos técnicos bons. Temos técnicos muito bons. Funcionamos bem na multidisciplinariedade." (e13)</p>	2
Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados	"E os cuidados continuados também fazem um bom trabalho."(e5)	1
Subsistema de saúde/comparticipação em SAD e ERPI	"(...) nessas situações as pessoas conseguem ver a participação da ADSE, quer para Serviço de Apoio Domiciliário, quer para integração em lar, materializada, o que é muito bom."(e1)	1
Teleassistência	"Eu penso que a questão da teleassistência, que já temos muitas experiências de que funcionou e que foi importante, eu	1

penso que sim, que é um ponto a favor, quer privada, quer da Câmara de Lisboa. (...) Se não fosse a teleassistência a pessoa de facto não conseguia pedir ajuda (...)”(e7)

Fonte: Elaboração própria

Tabela n.º 6 – Quadro síntese sobre conhecimento da RNCCI

Categoria	Unidade de Registo	Total (n)
Custo do internamento em UCCI	“(…)ahh, muitas vezes as questões financeiras, a parte que têm de compartilhar, mesmo assim é pesada (…).”(e1)	1
Descanso do cuidador	<p>“Eu tenho algum conhecimento da Rede, mais ao nível da resposta para o cuidador.”(e1)</p> <p>“Nós indicamos muitas vezes, a muitos familiares que vêm solicitar informação, e indicamos muitas vezes para ir ao centro de saúde. A maior parte delas é mesmo para descanso do cuidador.”(e6)</p> <p>“Às vezes sugerimos para descanso do cuidador. (...) Mas aí articulamos muito com a assistente social do Centro de Saúde.”(e7)</p> <p>“Falamos na questão do descanso do cuidador, muitas vezes as próprias famílias desconhecem. Desconhecem, lá está, que existe esta resposta dos cuidados continuados e nós encaminhamos para o Centro de Saúde.”(e8)</p> <p>“As pessoas não estavam informadas disso [Descanso do Cuidador]. Às vezes nós é que explicávamos que poderia haver essa possibilidade. Encaminhamos.”(e13)</p>	5
Falta de acompanhamento psicológico	“(…) não há acompanhamento psicológico ou se há é muito escasso. Eu acho que devia ser logo uma coisa desde o início, bem trabalhada com a pessoa, de maneira a que obviamente vá fazendo também uma gestão emocional das mudanças, não é?”(e12)	1
Informações sobre o internamento em UCCI	“Temos muitas pessoas que vêm zangadas porque acham que foram mal cuidadas, porque não existe pessoal, porque fazem muito pouca reabilitação. E depois temos pessoas que dizem exatamente o contrário. Inclusivamente das mesmas unidades, dizem que não, que correu muito bem, que tiveram um acompanhamento excelente. Temos aqui um bocadinho de tudo.” (e7)	1
Morosidade na resposta	<p>“(…) as pessoas estão esgotadas, e muitas vezes não acontece no tempo desejado (…).”(e1)</p> <p>“Depois aconteceu esse pedido demorar muito tempo e estar-se a aproximar a data em que a família tinha marcado as férias, e depois acabou por se encaminhar a pessoa para o descanso do cuidador da SCML.” (e5)</p> <p>“Ah, sim, talvez, mas demora muito tempo, há “Ah, para Média Duração não pode ficar aqui: são meses de lista de espera, a Longa Duração nem se fala. Paliativos é preciso</p>	4

	<p>estar a morrer”. Pronto, isto é o feedback que nós vamos tendo do próprio hospital.” (e8)</p> <p>“Mas olha, vai demorar dois, três ou quatro meses para ela ser integrada.” Faz-me muita confusão (...) a pessoa estar à espera não sei quantos meses.” (e9)</p>	
N.º insuficiente de vagas	“Mas de facto aquilo que sentimos é que não é fácil a questão das vagas, de surgirem vagas.” (e6)	1
Não teve contacto porque é tratado pelo Gabinete de Saúde	„Não. Não porque... não quer dizer que não tenha surgido aqui no Centro. O mais provável é até ter surgido no gabinete da saúde, que é coordenado pela enf.ª?, e quando assim é essas situações nem sequer passam por nós, atendimento social. Pelo atendimento social só passa se houver alguma necessidade mais ao nível social. Se for ao nível da saúde, aí é a enf.ª que trata. (e2)	1
Necessidade de acompanhamento de situações no pós-alta das UCCI	<p>“(...) depois quem passa a falar connosco e articular connosco é a colega da unidade de cuidados continuados...” (e4)</p> <p>“Vamos articulando com a unidade de cuidados continuados, vamos visitar os idosos, saber se querem efetivamente ir para o lar, começar a recolher a documentação necessária com a família, chamar a família, fazer a avaliação diagnóstica e perceber que quando aquela pessoa sair daquela unidade de cuidados continuados, qual é que é a solução: se é lar, se é ir para casa com serviço de apoio domiciliário, se não precisa de nada disto porque às vezes não são feitos os diagnósticos adequados e – não porque as pessoas não sejam competentes, é porque às vezes não têm informação suficiente.”(e5)</p> <p>“Temos contacto diretamente com a RNCCI, nas situações em que a Rede nos sinaliza para irmos avaliar. (...) que não conseguem vir para casa sem ajuda.”(e7)</p> <p>“Muitas vezes as pessoas estão nas unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados e depois o pós-alta, se residirem em Lisboa, e se a família alega que não tem condições para definir o plano pós-alta, seja integração em ERPI, seja regresso a casa com apoio de cuidadora, seja um simples apoio domiciliário, centro de dia, etc, sinalizam à Misericórdia.” (e8)</p> <p>“E temos articulado com a Rede e já fomos fazer visita(...)”(e9)</p> <p>“Fomos contactados pela unidade porque a senhora teve alta da unidade mas não queria sair.(...) A senhora estava</p>	9

	<p>nas Residências Montepio, nunca mais me esqueço. É natural que não quisesse regressar a casa. Estava a morar num quarto, pronto...”(e10)</p> <p>“Sim, sim, tivemos casos desses. E agora essas pessoas estão na freguesia novamente. Foram, ficaram um tempo e voltaram... - não sei se posso dizer reabilitadas – e voltaram a uma vida mais ou menos normal, dentro do possível. E têm acompanhamento nosso.”(e11)</p> <p>“(...) a articulação que temos é quando nos é sinalizada alguma coisa[pessoas que estão em unidades de cuidados continuados e estão para ter alta]. (...) é tratada a situação a nível agudo, não é? Da recuperação, mas depois termina ali. Não há continuação. E a pessoa muitas vezes ainda não está capaz de assumir as tais tarefas do dia-a-dia.”(e12)</p> <p>“Tive contactos muitas vezes quando as pessoas iam ter alta das unidades, mas que ainda não estavam em condições de... precisavam ainda de algum apoio. “ (e13)</p> <p>“Sim. Eu vou-lhe dizer: às vezes idosos que saem das unidades vêm-nos pedir um sítio para ficar, completamente recetivos a lar. Como tiveram essa experiência e gostaram, sentiam que precisavam também dessa supervisão, dessa segurança, que os acolheu e que eles gostaram. Desmistificaram a ideia de que o lar é isto e é aquilo. Não. Eles gostaram e sentiram-se bem (...)”(e13)</p>	
Período máximo de internamento é insuficiente	<p>“(...) são situações muito complicadas e às vezes um mês não é suficiente”. (e1)</p> <p>“Esta senhora de etnia cigana esteve numa unidade da RNCCI. E o senhor que falei anteriormente que faleceu, esteve três meses numa unidade do Barreiro. O que eu acho é que é muito pouco. É muito pouco. E ele precisava de mais, só que acabou por ter alta e não conseguiu prorrogar-se o tempo na unidade.”(e3)</p> <p>“Porque a sensação que eu tenho é que: "sim, eu cuidador não aguento isto, quero muito descansar, não aguento mais" mas ou quer descansar de vez e quer integração "eu não aguento mais, já cheguei ao limite. Dois meses, três meses não me valem de nada, eu quero mesmo é descansar." Normalmente as pessoas quando estão connosco e chegam a este ponto, é de exaustão total e rutura.” (e4)</p> <p>“Porque é muito pouco tempo. Atualmente as pessoas estão lá um mês. Os cuidados paliativos não são só na fase agónica e na fase final de vida, não é? Mas isto vai</p>	5

	<p>completamente contra aquilo que é a filosofia dos cuidados paliativos e aquilo que depois acaba por ser transmitido às famílias durante um processo em que já estão a ser acompanhados pela parte da oncologia ou pela parte do psiquiatra e onde a pessoa já está realmente numa fase terminal.”(e7)</p> <p>“ A sensação que eu tenho é que as pessoas ficam pouco tempo, para recuperar, para reabilitar. (e12)</p>	
Situações que beneficiariam de internamento na RNCCI não referenciadas.	<p>“É assim, com a Rede Nacional de Cuidados Continuados nós temos um contacto quase diário. Porquê? Porque as situações que vão para o hospital, não é, muitas delas têm critérios para esta referênciação, para uma unidade de cuidados continuados e o que é que acontece: Nós, porque nós quando nos sinalizam uma situação do hospital, nós temos sempre de ir avaliar a situação, não é? (e6)</p> <p>“(…) às vezes quando vamos avaliar as situações ao hospital, ao hospital, não é? questionamos sempre a assistente social: “Então mas este senhor não tem critérios para ser sinalizado à Rede? Média duração, por exemplo?”(e8)</p>	2
UCCI distantes da residência da pessoa	<p>“Ou também porque as pessoas depois preferiam que fosse num sítio mais perto e depois não são. E depois isso também é um bocadinho complicado para os familiares poderem fazer a visita, não é? Nós temos unidades que ficam longíssimo daqui, não é?” (e6)</p>	1

Fonte: elaboração própria.

Tabela n.º 7 – Quadro síntese sobre posicionamento *state-agent/ citizen-agent*

Categoria	Unidade de Registo	Total (n)
Ambas	<p>“Eu creio que ambas são importantes. Ambas são importantes.. (...) ... mas para responder à questão, as necessidades das pessoas estão em primeiro lugar.”(e1)</p> <p>“Isso acaba por andar de mãos dadas, se assim se pode dizer, porque é óbvio que nós queremos suprir essas necessidades, mas também temos de ir de acordo com o que a legislação prevê, não é?”(e2)</p> <p>“Um meio termo, meio termo. Tentar que uma coisa corresponda à outra.”(e3)</p> <p>“Acho que tem de haver um equilíbrio entre os dois, não dá para fazer uma coisa sem a outra. (...) Pensar fora da caixa, mas para isso – ou seja, toda a resposta à necessidade da pessoa e para mim isso é super importante, mas eu tenho de cumprir os formalismos porque se eu lhes der cumprimento, eu não consigo avançar com as propostas de apoio. Há documentos que nós temos de ter. Mas, sempre que é possível eu avanço com a resposta imediata e depois tento apanhar os cacos quando às vezes... lá isto não é sempre só de uma maneira.”(e5)</p>	4
Ambivalente	<p>“(…) de alguma forma era responder às necessidades das pessoas, que isso era o mais importante. Mas depois temos a outra parte, que não podemos ultrapassar aqui as nossas orientações. E pronto, muitas delas depois não é fácil gerir aqui esta questão. Temos de responder às necessidades das pessoas e até com alguma rapidez e temos de resolver situações de emergência, e às vezes não conseguimos ultrapassar os procedimentos. Precisamos disto, ou daquilo, ou do outro. Portanto, e temos de reunir aqui uma série de documentação e temos de perceber... e muitas situações não se compadecem com estas orientações e estas normas que temos de cumprir, legais. Normas legais. E pronto, depois isto também tem um bocadinho a ver com as chefias, não é?. Nem todas as chefias depois... há umas que temos de cumprir ali à risca, exatamente. Dependendo da pessoa pode haver mais margem ou não. Há pessoas que não assumem, de todo, não assumem – se não tivermos as coisas que temos de ter, não conseguimos avançar com o processo. E há outras que até são mais permeáveis e que se consegue de facto resolver aqui situações. Se não tivermos o papel x, y ou z. (...) Mas sim, acho que de facto responder às necessidades das pessoas é uma prioridade, não é? Mas também percebo que de facto tem de haver aqui... temos de cumprir orientações, não é? Não podemos ultrapassar aqui algumas coisas. Mas às vezes sinto que poderíamos de facto aqui ultrapassar algumas coisas e..., no fundo em prol das pessoas, e de agilizar o processo todo. Mas... são fases, são fases...”(e6)</p>	2

	<p>“Responder às necessidades das pessoas, para mim é responder às necessidades das pessoas. Claro que sempre em consonância com aquilo que existe e com aquilo que a organização permite, não é? No entanto, as necessidades das pessoas, para mim estão em primeiro lugar.”(e13)</p>	
Necessidades das pessoas	<p>“Responder às necessidades das pessoas”(e4)</p> <p>“São as necessidades, obviamente, das pessoas.”(e7)</p> <p>“Eu pessoalmente considero que tenho de responder às necessidades das pessoas.”(e8)</p> <p>“Responder às necessidades das pessoas, sim, sim. Até porque, acontece muito... nós na nossa equipa andamos sempre a mil, todos dias, todas as semanas, e depois temos muita burocracia, não é? Há muita coisa no registo, há muita coisa em papelada. E depois, e isto acontece, nós não damos prioridade ao que é papel, ao que é registo. Nós damos prioridade à intervenção. Depois quando houver tempo fazemos então os registos e tratamos da papelada. Claro que depois isso aqui a nível institucional também é um problema, mas nós damos sempre prioridade às necessidades das pessoas, sem dúvida.”(e9)</p> <p>“Responder às necessidades.” (e10)</p> <p>“Eu muitas vezes chego a ignorar leis, chego a ignorar normas e regras para tentar melhor a vida ou a situação de alguém. Até hoje isso ainda não me trouxe nenhum problema, mas...” (e11)</p> <p>“Às necessidades das pessoas.”(e12)</p>	7

Fonte: elaboração própria.

Tabela n.º 8 – Quadro síntese sobre situações de conflito entre o interesse da organização e os interesses as pessoas em situação de dependência

Categoria	Unidade de Registo	Total (n)
Advocacy	<p>”Claro que este é o foco: responder às pessoas e muitas vezes a legislação é um grande obstáculo, não é? E eu creio que nós temos de lutar muito, temos de ir lutando, e temos de ir tentando. Cabe-nos a nós também, embora às vezes seja muito desgastante, chegar aos nossos superiores hierárquicos e sensibilizá-los para algumas questões - e eu faço muito isso com muito gosto, nesse aspeto acho que sou muito lutadora, felizmente, porque gosto.” (e1)</p> <p>“Não vale a pena estarmos a enganar-nos uns aos outros e numa situação dessas o que eu digo é: "Olhe, eu acho que a resposta para si era esta, mas é uma resposta que não estamos habituados a disponibilizar, nem sei se é possível... nem sei se é possível. Pronto. E portanto o que vamos fazer é: eu vou avaliar, vou reunir com a Direção, vou tentar perceber se é possível ou não sendo possível que outra mais semelhante poderemos encontrar, e informo. E é isto.” (e4)</p> <p>„(...)há pouco tempo tive aqui um embate. (...) Era uma situação de uma pessoa que está em lar, uma doente psiquiátrica com 70 anos e está num lar que não está nas listagens do programa PILAR. Portanto a senhora está numa vaga de uma instituição que nem sequer está na lista. (...) e eu fui fazer uma proposta de apoio para ela continuar lá até o filho, que também é doente psiquiátrico, ter tempo de ajudar o filho a encontrar uma vaga na lista.(...) E senti-me um bocadinho incompreendida. Chegar lá e dizer: eu com este filho, que tem isto e isto e isto.... E diz a outra pessoa: “E então? Ela tem uma vaga em Almeirim.” E eu disse: “Desculpe, eu não vou por esta idosa, não vou.”(e5)</p> <p>“Eu tento sempre de alguma forma fazer com que percebam que facto é uma situação urgente, que precisa de uma intervenção urgente, mas nem sempre é fácil gerir estas questões. Mas é assim.”(e6)</p> <p>“(...) porque eu não tenho autonomia para dizer: “Eu autorizo este apoio de €1300 e a pessoa pode entrar agora. Eu não tenho essa autonomia. Eu tenho autonomia para fazer a minha avaliação técnica e fazer uma proposta. Alguém acima de mim vai autorizar.” (e7)</p>	5
Apelar à criatividade	<p>"Não se inibam de propor. Proponham. Sejam criativos. Pode ser que a resposta seja não, mas até pode ser que não seja". (e4)</p>	1
Articulação com outras entidades	<p>“Portanto, uma coisa é às vezes a nossa instituição não ter a resposta e nós: Ok, não tem a resposta, e pegarmos no telefone porque é a forma mais fácil e mais formal, de dizer</p>	2

	<p>ao senhor ou à senhora, ou à família: "Olhe, desculpe, mas de facto a nossa legislação não nos permite e o meu acompanhamento termina aqui." Isto é uma possibilidade. A outra possibilidade, que me parece que é muito interessante, e que deve guiar a nossa intervenção, é chamar cá a pessoa, se ela puder cá vir, ou irmos nós ao encontro dela, esclarecê-la que de facto as nossas competências ali terminaram, mas que no entanto, e sabendo que existem respostas ao nível comunitário e ao nível da rede social local, que nós não vamos findar este acompanhamento psicossocial com a família, mas que vamos estar ao lado dela, e vamos descobrir outras respostas na comunidade. E eu creio que muitas vezes nós conseguimos!"(e1)</p> <p>"Quando assim é e nós sabemos que não podemos instruir o pedido porque ele vai ser indeferido, temos de procurar, dentro da comunidade, alguma entidade que possa dar um apoio (...). E nesse sentido consegue-se por vezes respostas, não é?" (e2)</p>	
Desânimo	<p>Isto complica aqui para nós, técnicos, mais abaixo. Não é fácil."(e6)</p> <p>"Sabe que isso tem acontecido infelizmente ultimamente muitas vezes [a resposta da sua entidade era desajustada relativamente às necessidades da pessoa] e eu acho que ainda não tive muito tempo para refletir sobre isso a fundo. Porque se o fizesse acho que iria ser muito difícil continuar."(e7)</p> <p>"Mal, muito mal. Muito mal mesmo. Eu sou psicóloga... neste momento estou a fazer um trabalho mais de assistente social, muito centrado efetivamente no regulamento e no procedimento e portanto... sim, é uma violência. É uma violência para mim, é uma violência para a pessoa. Porque se eu própria não estou a comprar o pacote, como é que eu posso convencer a pessoa, ou explicar até, que tem de ser assim. Portanto...."(e8)</p>	3
Encontrar uma solução alternativa, ainda que não se considere ser a melhor	<p>"Temos de procurar outros caminhos."(e2)</p> <p>"Nesta situação, por exemplo, da unidade da RNCCI, de ser visível a necessidade deste utente permanecer nesta unidade e por timings processuais não é possível prorrogar a situação e... e ter de sujeitá-lo a uma transferência para uma ERPI."(e3)</p>	2
Ir contra regras e procedimentos	<p>"É que eu sinto que demora tudo tempo demais e eu às vezes passo à frente. Tento... mesmo apoios financeiros e fundo de maneio, eu sou mais de avançar e logo se vê. (...) Eu geri achando sempre que tinha feito o melhor pela pessoa. Nós estamos aqui é pelas pessoas. Não é pelos votos, não é pelo dinheiro, não é pelas regras.... Bom, pelas regras é, mas às vezes tem de existir bom senso para ver se as regras fazem</p>	2

	<p>sentido naquela situação. (...) Eu defendi isso. Expliquei dessa forma. Não tinha ninguém para me defender. E consegui dobrar quem precisava dobrar com esse argumento. Só que pronto, tive de dizer que não faria mais e que seria diferente da próxima (risos) mas pronto, consegui dobrar essa situação apelando a isso. Dizendo que era uma questão de bom senso. Que naquela situação, quem estivesse acima ia fazer o mesmo, a não ser que fosse muito, muito, muito, muito... de seguir as regras. Mas na realidade acho que toda a gente com bom senso faria o mesmo que eu fiz.” (e11)</p> <p>“Olhe, vou-lhe dizer, um dos conflitos que eu tinha era a questão de levar os utentes ao médico. “Ai, tem filho, o filho que o leve e pronto”. E se o filho não vai? Ninguém vai. Porque era uma despesa para a instituição. Não. Tem de ir. Alguém tem de ir com o idoso ao médico, percebe? (...) Aconteceu desobedecer a uma ordem direta, sim. Nem sequer consultei a direção. Fui e pronto.” (e13)</p>	
Pedido de supervisão/ intervenção	“Já falámos com a coordenação no sentido de voltarmos a ter supervisão. Ou intervenção. Que não temos há dois anos.”(e7)	1
Resignação	<p>“Agora, aconteceu-me numa equipa em que eu estava e tinha muitas, muitas discussões com a minha coordenadora. Mas ela era coordenadora e chegou-me a dizer coisas do género: “Quem manda aqui sou eu.” (...) Quando chegamos a esta fase, ok. Então pronto, então manda. Então mandas e eu faço, tudo bem. Porque eu já disse qual é o meu ponto de vista e acho que para esse utente isso não é benéfico. Mas neste momento respeito, és a minha coordenadora, eu respeito e vou fazer. E faço. Mas, luto até ao fim, até não poder mais (risos).” (e5)</p> <p>“Tive de me resignar (risos). Não, não é bem assim. A pessoa tem de alguma forma justificar a alguém que seja um superior hierárquico.”(e6)</p> <p>“Quando é alguém que é superior, se é a tua chefia que diz que não, é acatar e pronto. E gerir a frustração (risos)... e todas as emoções que daí decorrem e tentar ir então por aquilo que me é sugerido pela chefia. Mas também sempre que o fazem, eu questiono: “Então dê-me uma resposta!”, “Diga-me como é que devo proceder.” “Ok, não posso isso, então dê-me aqui uma contrapartida. Diga-me o que é se pode fazer.” (e12)</p>	3
Sair da organização com quem está em conflito	“Se não conseguimos fazer isso no trabalho onde estamos, é melhor mudar mesmo. Porque depois não conseguimos gerir, não é? Como é que se gere isto? Como é que eu estou ali supostamente para melhorar o nível de vida daquela pessoa e não consigo as coisas básicas? Não consigo que ela tenha uma refeição todos os dias ou não consigo - e já trabalhei nesse contexto - não conseguir que façam uma higiene por	2

	<p>dia...então o que é que eu estou ali a fazer? Se não conseguir combater isto, depois de muitas discussões e conflitos, não é? se não conseguir, tenho de sair.” (e4)</p> <p>”Candidatei-me a sair daqui. Vou sair daqui.”(e8)</p>	
Sentimento de impotência face à arbitrariedade das regras institucionais	<p>“Mas de facto acontece que, na mesma casa, com uma direção acontece assim, com outra direção já acontece de maneira diferente. Sinto que não há equidade, não é? Sinto que não estamos a trabalhar todos da mesma forma. Isso leva a que as pessoas apareçam cá e que digam... apanhamos muitas situações em que efetivamente nos digam: “mas nem todas as colegas trabalham da mesma forma.... A sua colega não pediu isso tudo. (...).” (e6)</p> <p>“O regulamento não é revisto desde há doze anos. O regulamento mantém-se. (...) a forma como o interpretam é que tem variado. E nós, técnicos de ação social, que estamos a trabalhar há mais algum tempo, o que sentimos como missão é responder àquilo que as pessoas precisam. Claro que o regulamento existe e é uma base, mas se vier uma auditoria, nós saberemos justificar o que fizemos e explicar porque é que não temos o papel ou porque é que... nós vamos saber argumentar porque é que tivemos de o fazer. Mas isso neste momento não é tido em consideração e temos de seguir.”(e7)</p>	2

Fonte: elaboração própria.